RECHERCHES

N.° 64.

SUR

LES MALADIES LES PLUS IMPORTANTES

ET LES MOINS CONNUES

DES ENFANS NOUVEAU-NÉS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 mai 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

Par Ant. DUGÈS, de Mézières,
(Ardennes.)

Aide d'anatomie; ancien Élève interne à l'hospice de la Maternité.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1821.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, DOYEN.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER, *Président.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES, *Examinateur.*
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX, *Examinateur.*
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.
M. FOUQUIER.
M. ROUX.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MADAME

LACHAPELLE,

Sage-Femme en chef de l'hospice de la Maternité de Pa ris.

MA TANTE ET MA SECONDE MÈRE.

A MONSIEUR

CHAUSSIER,

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris ; Médecin en chef de l'hospice de la Maternité, etc.

MON PREMIER MAÎTRE.

ANT. DUGES.

AVANT-PROPOS.

Mon dernier examen roula spécialement sur la péritonite puerpérale. Les encouragemens que je reçus, à ce sujet, de mes examinateurs, et, qui plus est, une invitation directe de M. le professeur *Marjolin*, m'avaient déterminé à choisir pour sujet de ma thèse cette maladie, que j'ai tous les jours sous les yeux à l'hospice de la Maternité.

Ce sujet, ébauché plusieurs fois, a besoin maintenant d'être traité dans son ensemble; c'était mon dessein; mais il a pris sous ma plume une étendue qui ne me permet plus de l'employer à titre de thèse. Il paraîtra quand il aura reçu le *poli* convenable; car il a besoin maintenant d'être mis encore plus d'une fois *sur le métier.*

Ce qui m'était arrivé pour la péritonite a manqué m'arriver encore pour le sujet que je lui ai substitué. Les observations se multipliaient tellement, qu'il m'a fallu

travailler à réduire plus qu'à composer. Peut-être mon travail se sentira-t-il de cette contrainte? Ce sera du moins un prétexte pour en excuser les imperfections, et pour réclamer l'indulgence des professeurs auxquels il va être présenté.

RECHERCHES

SUR

LES MALADIES LES PLUS IMPORTANTES

ET LES MOINS CONNUES

DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

Considérations générales.

Les maladies des enfans sont en général très-obscures et d'un diagnostic très-difficile. Les difficultés sont bien plus considérables encore dans les maladies des nouveau-nés. Il y a tant de différence entre les fonctions, les propriétés vitales et l'organisation même de ces petits êtres et celles de l'adulte, qu'il est presque impossible de faire à leurs affections l'application des études qu'on n'a faites que sur les adultes ou les adolescens; aussi n'y a-t-il qu'une longue habitude qui puisse éclairer le médecin et l'empêcher de marcher au hasard; aussi voyons-nous nombre de praticiens, fort expérimentés d'ailleurs, très-embarrassés en pareil cas, et forcés de s'en

tenir à combattre la diarrhée ou la constipation par des laxatifs ou des absorbans. A plus forte raison, ceux qui n'ont pour eux que le travail du cabinet doivent-ils être incapables de traiter convenablement les affections morbides des nouveau-nés. La science est, sous ce rapport, dans un état d'imperfection vraiment déplorable. Nous n'avons rien de valable sur le diagnostic de ces affections. Ce n'est que dans une institution consacrée aux enfans naissans, dans une maison où l'on en voit tous les jours un grand nombre de sains et de malades, où l'on a la facilité d'ouvrir les cadavres de ceux qui succombent; ce n'est que là qu'on peut prétendre à combler ce vide de la pathologie. Malheureusement, la plupart des personnes préposées à de semblables établissemens bornent toute leur attention aux maladies appréciables à la vue et au toucher, à celles que les nourrices et les gardes savent connaître; ou du moins ces personnes ont jusqu'ici négligé de nous en dévoiler davantage.

Les circonstances m'ont été assez favorables, et je crois que le résultat de mes observations, quoiqu'il n'embrasse pas toute la pathologie des nouveau-nés, ne sera pas dépourvu d'intérêt.

Après avoir séjourné dix-huit mois aux Enfans-malades en qualité d'*interne*, j'ai passé deux années à la maison d'accouchement avec le même titre; et je l'habite encore, quoique sans fonctions. C'est pendant ces deux années que j'ai eu sous les yeux l'abondance de faits dont je vais donner les conséquences. C'est surtout à la confiance dont m'honorent M. *Chaussier* et madame *Lachapelle* que j'ai dû cet avantage. J'ai fait à plusieurs reprises le service d'*interne* aux Enfans-trouvés, et j'y ai puisé de nouvelles lumières; j'y ai trouvé des faits nombreux, tous à l'appui des nombreuses observations que je pouvais faire à la maison d'accouchement.

Je le disais tout à l'heure, mes observations n'embrassent point *toute la pathologie des enfans nouveau-nés*. Je ne prétends donc pas donner ici un traité complet; je ne décrirai avec détail que celles que j'ai examinées sous toutes les formes, et assez souvent pour en tracer une histoire générale. Elles se bornent à cinq ou six; il en

est dont je ne m'occuperai point, quoique j'en aie vu beaucoup, parce qu'elles sont très-connues et que je n'aurais rien ajouté à ce qu'on en sait : tels sont les aphthes, etc. Commençons cependant par jeter un coup-d'œil général sur les maladies qui peuvent saisir les enfans nouveau-nés ; passons-les rapidement en revue, cela nous donnera occasion de faire sur quelques-unes des remarques assez importantes.

a. Si l'existence des fièvres essentielles est douteuse chez les adultes, on sent qu'elle doit l'être ici bien davantage ; lors même qu'après la mort on ne trouve pas de *cause matérielle* de la fièvre, cette fièvre n'a pas eu de ressemblance avec les essentielles des adultes. Le plus souvent, la fièvre chez les nouveau-nés est due à une inflammation apparente ou latente; elle est donc, sous ce rapport, d'une certaine utilité pour le diagnostic. Le pouls est bien ordinairement plus vif et plus dur ; mais sa fréquence est difficile à apprécier dans ses changemens. Ce n'est pas sur ce symptôme qu'il faut s'appuyer principalement, c'est sur la chaleur et la sécheresse de la peau ; c'est là le caractère spécial. Les surfaces intérieures y participent, et les nourrices sentent très-bien l'augmentation de chaleur qui a lieu dans la bouche de leur nourrisson. L'insomnie n'a lieu que quand il y a douleur ; la fièvre sans douleur produit toujours la somnolence ; par elle-même elle diminue peu l'appétit parce qu'elle augmente la soif. Quand elle dure quelques jours, par une cause ou par l'autre, un amaigrissement sensible l'accompagne.

b. Les phlegmasies sont les plus nombreuses des maladies des nouveau-nés ; celles de la peau méritent quelque attention : l'érysipèle sera traité à part. Parlons des éruptions, et occupons nous surtout de leur caractère contagieux ou non contagieux. Les contagieuses sont presque toujours siphilitiques ; je ne sache pas que les nouveau-nés contractent aisément la gale : nous savons qu'ils reçoivent très-bien le vaccin, mais c'est une toute autre affaire. Les éruptions cutanées dont je veux m'occuper ici sont quelquefois

congéniales ; d'autres fois elles se développent après la naissance. Elles se présentent sous trois formes distinctes, celles de taches plus ou moins saillantes, celles de pustules miliaires, et celles de pustules vésiculeuses.

Les taches saillantes sont souvent le premier degré des pustules vésiculeuses suspectes dont je parlerai bientôt ; celles qui n'offrent point de saillie sont d'un caractère équivoque ; mais on ne peut guère prononcer si elles sont seules, si elles sont peu nombreuses et d'une couleur mixte. Les taches siphilitiques sont rouges ou cuivreuses, c'est-à-dire d'un rouge-jaunâtre. Les taches dites *de naissance* (*nævi*) sont ou d'un brun foncé, ou d'une couleur vineuse ; les premières sont lenticulaires, arrondies; les deuxièmes irrégulières.

Voici un cas assez ambigu ; il fut offert par un garçon de volume médiocre, né d'une femme robuste, après un travail assez long : la mère mourut peu après de la péritonite. Elle avait eu, dans les premiers mois de la grossesse, une blennorrhagie, qu'on avait traitée et dissipée par le mercure. L'enfant nettoyé, on aperçut sur toute la surface du corps des taches rouges un peu violettes à fleur de peau, et semblables aux cicatrices de la varicelle, mais moins arrondies ; rien aux pieds, aux mains, aux parties génitales. Je n'ai pu garder cet enfant, et je ne sais ce que ces taches sont devenues.

Les pustules miliaires sont bien rarement vénériennes, si jamais elles le sont. C'était bien à tort, j'en suis sûr, qu'on qualifiait de siphilitiques de pareilles pustules développées, peu après la naissance, au cou, aux bras, à la poitrine, etc. M. le docteur *Legouais*, mon ancien collègue, en avait vu beaucoup aussi ; mais il était sur leur nature dans un doute qu'il conserve encore. Citons-en quelques exemples, dans lesquels l'éruption a été des plus abondantes ; nous en avons de congéniales et de postérieures à la naissance.

Le 16 janvier 1821, une femme faible et délicate, *mais parfaitement saine*, donna le jour à un garçon du poids de six livres, après

un travail de quatre heures Enduit sébacé très-abondant sur toute la peau ; la face est couverte de follicules sébacés blanchâtres et saillans : en outre sont disséminés sur la surface du corps une trentaine de vésicules miliaires arrondies, contenant un pus jaunâtre, et presque sans rougeur à leur base ; peau généralement rouge. L'enfant, nourri par sa mère, a été fréquemment observé. Les vésicules étaient desséchées complètement le 18 janvier au soir.

Les follicules sébacés saillans, que j'ai notés plus haut, doivent être remarqués. Rien d'extraordinaire à leur développement ; leurs fonctions paraissent alors plus actives, comme le démontre l'enduit graisseux de la peau : mais quelques personnes semblent les avoir méconnues ; elles s'y sont arrêtées avec une surprise qu'ils ne méritaient point (Journal complém. du Dict. des sc. méd., 21.e cahier, *pemphigus*, etc.)

Une autre femme jeune, et actuellement très-bien portante, avait eu, cinq ans auparavant, une gale bien traitée et bien guérie. Dans l'été de 1819, elle accoucha d'un enfant mâle gros et fort ; il était couvert de petits boutons rouges, serrés, mais non confluens ; leur grosseur était celle de la tête d'une épingle ordinaire ; à leur sommet était une petite vésicule transparente. Cet enfant, gardé sous nos yeux, s'est très-bien porté ; une desquamation complète a emporté l'éruption en cinq ou six jours.

Vers le milieu du mois de janvier 1821, madame *Lachapelle* envoya chez une dame en couche une nourrice de la maison d'accouchement. Cette femme, parfaitement saine, avait avec elle son enfant âgé de dix jours ; il venait d'être vacciné, et les boutons commençaient à paraître, lorsqu'il eut les mains et les bras couverts de petites pustules miliaires rouges, pointues et vésiculeuses ; grande inquiétude chez les parens du frère de lait ; l'enfant nous est rapporté. Je rassurai les gens autant qu'il me fut possible ; mais l'événement les rassura davantage. L'enfant, toujours nourri par sa mère, fut fréquemment baigné ; d'autres pustules se montrèrent ; mais, après douze jours, tout était parti, et, au milieu de tout cela,

santé parfaite. La vaccine était alors desséchée. Est-ce au virus vaccin qu'il faut attribuer cette éruption ? Une éruption analogue était commune dans les premiers temps de la vaccination.(*Schweighaeuser*, Archives de l'art des acc., t. 1, p. 147.). Elle est rare aujourd'hui, du moins chez nous.

Au lieu d'une éruption abondante et générale, on ne voit souvent qu'une ou deux pustules semblables : en sont-elles plus suspectes ? non, sans doute.

Je n'en dirai pas autant des pustules vésiculeuses. Toute pustule vésiculeuse est suspecte, surtout si elle se montre aux mains ou aux pieds. Toute vésicule qui suit le développement d'une tache rouge ou violacée aux pieds ou aux mains est presque certainement siphilitique. Mais il ne faut pas, à mon avis, regarder comme telles certaines vésicules arrondies ou ovalaires, de la grosseur d'un pois, qui, toujours peu nombreuses, et suivies d'une prompte dessiccation, paraissent en divers endroits du corps sans inflammation préliminaire. L'enfant dont il est parlé dans la deuxième observation eut, après la dessiccation des pustules miliaires, cinq à six de ces vésicules aux jambes, au dos, à l'épaule : elles avaient disparu le surlendemain, et l'enfant a continué à se bien porter. Ces vésicules-là ne sont autre chose, à mon avis, qu'un véritable pemphigus ; quelquefois une seule vésicule a constitué toute la maladie.

Quant aux vésicules vraiment siphilitiques, un peu d'habitude les fait distinguer au premier coup-d'œil. Maintes fois, en entrant à la salle d'accouchement, j'apercevais des enfans ainsi maléficiés ; j'avertissais les élèves sages-femmes de prendre les précautions convenables ; on examinait la mère, et on lui trouvait une affection siphilitique non équivoque. C'est la même habitude qui m'a fait reconnaître au premier abord l'erreur d'un accoucheur célèbre, qui s'appuie de l'autorité d'un autre accoucheur célèbre. Ouvrez le 21.^e^ cahier du Journal supplémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, vous y trouverez une figure coloriée représentant un prétendu *pemphigus congénial :* c'est une affection siphilitique toute

pure, que M. *Lobstein*, et sans doute M. *Osiander*, ont prise pour telle.

C'est au talon, aux orteils, à la plante du pied, aux doigts de la main, qu'on les observe d'ordinaire ; elles sont peu régulières, ont plusieurs lignes de diamètre, et contiennent un liquide jaunâtre, verdâtre, demi-transparent, quelquefois sanguinolent. On en trouve souvent de cinq à dix, quelquefois seulement une ou deux à chaque membre. Quelquefois elles sont confluentes, et le déchirement de l'épiderme laisse à nu toute la plante du pied. Ces pustules suppurent ; elles ne se dessèchent que rarement. Souvent il en paraît d'autres, surtout si elles sont entourées de quelques taches rouges et saillantes. J'en ai vu une produire la gangrène d'un doigt.

Je ne dis rien des autres formes de la siphilis qui peuvent accompagner ou suivre celle-ci : c'est dans l'ouvrage de M. *Bertin* (Mal. vénér. des enf. nouv.-nés.) qu'il faut la chercher. On sait qu'elles sont nombreuses ; on sait même que cette maladie fait souvent périr le fœtus dans le sein de sa mère : c'est ainsi qu'elle produit l'avortement. Nulle part les naissances prématurées ne sont plus communes qu'à l'hôpital des Vénériens. Dans le séjour de six mois que j'y ai fait en qualité d'interne, j'ai reçu deux enfans semblables sur six ou sept accouchemens que j'y ai dirigés.

Parmi les phlegmasies des membranes muqueuses, il en est qui sont bien connues, et sur lesquelles je n'ai rien à dire. Les aphthes sont décrits partout : la diarrhée n'est pas moins connue ; contentons-nous de dire qu'elle est souvent symptomatique, et qu'elle se reconnaît autant par le changement de couleur et la fétidité des matières que par leur liquidité et leur abondance. Les nourrices savent toutes que les matières jaunes et grumeleuses ne sont point morbides, mais les matières glaireuses, vertes ou verdâtres le sont évidemment. Le coryza a été très-bien décrit dans une dissertation de M. *Rayer*; je ne l'ai observé que fort rarement : madame *Lachapelle* l'a vu une fois causer la mort. La coqueluche n'affecte guère que les enfans plus âgés. Le catarrhe pulmonaire sera mentionné dans la

description de la pleuro-pneumonie. Reste l'ophthalmie. On sait qu'elle est très-fréquente chez les nouveau-nés, et qu'elle se présente chez eux avec un aspect tout particulier ; aussi a-t-elle été désignée sous le nom d'*ophthalmia neonatorum*. On sait que son caractère principal, c'est la sécrétion abondante d'un liquide puriforme, lequel s'écoule sur les joues, et quelquefois s'amasse entre les paupières fortement serrées. Ce resserrement spasmodique est souvent tel, que la paupière inférieure est tout entière sous la supérieure ; toutes deux sont rouges et gonflées ; toutes deux sont beaucoup plus enflammées que le globe de l'œil : aussi voit-on fréquemment sortir un œil sain et beau du pus dont il était inondé, aussitôt que l'inflammation diminue. Cette inflammation ne m'a paru réellement dangereuse que quand elle était siphilitique ; c'est alors seulement qu'elle amène la cécité, pour peu qu'elle se prolonge. Lorsqu'il n'existe aucun autre indice, il est bien difficile de distinguer l'affection siphilitique de celle qui ne l'est pas ; la couleur verdâtre ou sanguinolente du mucus puriforme n'indique absolument rien, et j'avoue que je ne pourrais prononcer positivement en pareil cas. Je reste dans cette incertitude avec d'autant moins de regret que je la vois partagée par un des meilleurs observateurs modernes. (Frank, *de curandis*, etc., t. 2, p. 67.)

J'ai souvent prévu le développement de l'ophthalmie plusieurs jours à l'avance ; la rougeur et le boursoufflement des paupières et une légère vergeture à leur surface externe en étaient les signes. Je n'ai pas vu qu'elle affectât plus que d'autres les enfans qui ont présenté la face ; bien entendu qu'il ne faudrait pas prendre pour inflammation l'ecchymose qui affecte quelquefois la conjonctive.

Cette ophthalmie est souvent opiniâtre. Les collyres émolliens, opiacés, ou chargés d'acétate de plomb, n'ont jamais rien produit de bien sensible. Le bain de vapeur augmente d'ordinaire l'inflammation, particulièrement celle qui est de nature siphilitique. Les vésicatoires derrière les oreilles, comme les ordonne M. *Chaussier*, ne réussissent pas toujours, et l'eau froide, que mon collègue

Legouais employait de préférence, n'a jamais eu que des succès très-précaires; je ne me rappelle pas bien ce qu'ont produit les sangsues; peu de chose, je pense. En somme, il faut presque toujours que l'inflammation ait une certaine durée; quand elle a ainsi parcouru quelques périodes, les collyres astringens, spiritueux, et résolutifs deviennent efficaces. Je ne saurais trop vanter sous ce rapport le sulfate de zinc. Ophthalmie chronique, ou tendant à la chronicité, ophthalmie aiguë chez des sujets à fibres molles et lâches; tout cela lui cède d'ordinaire, aussi-bien que les blennorrhagies qui deviennent un peu anciennes. J'ai guéri des ophthalmies comme des blennorrhagies qui avaient résisté aux collyres ou injections alcoholisées, à l'acétate de plomb, aux vésicatoires, etc. J'en ai quelquefois guéri de récentes par une véritable délitescence. Mais il faut pour cela l'employer à grande dose : 12 à 18 grains pour 6 onces d'eau de plantain, de roses ou d'eau pure, forment un collyre efficace. Double dose pour la blennorrhagie; c'est ainsi que mon père obtient des succès journaliers dans le traitement de cette dernière affection.

Les phlegmasies des membranes séreuses ne sont point très-rares; on trouvera ci-après des détails sur la péritonite et la pleurésie.

La pneumonie sera aussi décrite amplement. C'est à peu près la seule inflammation des viscères parenchymateux que j'aie observée. Celle du tissu graisseux n'est pas très-rare; quelquefois elle se termine par suppuration et forme des abcès. On en trouvera des exemples à la description de l'érysipèle; il s'en forme quelquefois sous les traces du forceps; enfin on en trouve de temps à autre aux mamelles; et ceux-ci méritent quelque attention.

Chez le fœtus mâle ou femelle, les mamelles contiennent un liquide laiteux ou lactiforme qui sort du mamelon par la compression. Quelquefois il s'accumule et enflamme le corps glanduleux. Le plus souvent pourtant pareille inflammation est due à la compression exercée par les nourrices. C'est un préjugé répandu chez elles que ce lait est dangereux; aussi, pour l'évacuer, elles pétrissent

les mamelles. Ces corps glanduleux, alors bien distincts et formant un petit globule pisiforme et d'un rouge foncé, s'engorgent par l'effet de ces contusions répétées; elles s'enflamment et s'abcèdent; et la nourrice regrette alors de *n'avoir pas tout exprimé.*

Ces abcès deviennent quelquefois considérables, et si on tarde à les ouvrir, ils envahissent, comme je l'ai vu une fois, tout le thorax, l'aisselle et l'épaule, et amènent une mort certaine. Quelquefois, après avoir eu la grosseur d'un œuf de pigeon, ils s'ouvrent spontanément. Traité de bonne heure par les cataplasmes émolliens, ce phlegmon se résout sans peine. Dès que le pus s'est formé, l'engorgement se dissipe; et si on lui donne issue, la cicatrice se fait en quelques jours.

c. Parmi les hémorrhagies, il en est peu d'essentielles chez les nouveau-nés. Je ne parle pas de l'hémorrhagie ombilicale, par négligence et par oubli de la ligature du cordon. Deux fois une semblable négligence a été, à l'hospice, cause d'événemens funestes. J'ai vu un épistaxis passif avec épanchement de sang dans l'abdomen; cette observation sera détaillée aux convulsions apoplectiques. On y trouvera aussi des détails sur les épanchemens du sang dans le crâne, les thrombus sous-cutanés, etc.

Dois-je avertir ici de ne pas prendre pour hémorrhagie intérieure les épanchemens de sérosité sanglante qui se voient dans tous les enfans nés dans un état de putréfaction avancée? Effet cadavérique et de transsudation.

d. Quant aux névroses, l'asphyxie et les convulsions apoplectiques, qui sont les plus importantes, auront une description séparée. Le hoquet, le vomissement, presque toujours symptomatiques, seront mentionnés transcurremment; même chose du strabisme, du tétanos et du trismus, des coliques, de l'idiotisme, etc. Disons seulement un mot de certaines paralysies.

La difformité connue sous le nom de *pied bot* leur appartient souvent. Cette observation, que je tiens de M. le professeur *Dubois*, m'a été très-utile dans un cas analogue. Il s'agissait d'un enfant de

quelques années qui ne pouvait marcher, et dont les pieds étaient tournés en dedans. Les amers, les frictions sur les péroniers externes, sur le nerf sciatique et les lombes, etc., ont produit un rétablissement complet; peut-être les pieds bots, traités de bonne heure d'une manière semblable, guériraient-ils quand il n'y a pas de lésion organique.

Les membres long-temps soumis aux causes de la tuméfaction et de la congestion sanguine, par exemple, le bras qui a été long-temps dans le vagin, l'enfant encore dans l'utérus, ces membres, dis-je, sont souvent complètement paralytiques après la naissance. Quand il n'y a pas de fracture ou de luxation, la guérison n'est pas longue. Ces fractures guérissent même bien promptement; les luxations sont beaucoup plus rares.

J'ai vu, dans l'année 1820, une luxation de la tête du radius en avant; l'enfant était né dans une voiture et tombé entre les pieds de la mère. La luxation se reproduisait à chaque extension de l'avant-bras, et la flexion devenait impossible. La réduction fut facile, et l'avant-bras fut fixé à la poitrine dans un état de flexion qui empêchait le déplacement. L'enfant mourut, par d'autres causes, quatre jours après, et je pus me convaincre que l'os était bien en place; mais il avait conservé encore sa tendance à la luxation, et il me fut facile de la reproduire.

e. Parmi les hydropisies, plusieurs sont de véritables vices de conformation, dans le détail desquels je ne veux point entrer. L'œdème et l'anasarque seront détaillés ailleurs. L'hydrocèle est assez fréquente, souvent *réductible*, toujours facile à résoudre: j'en ai eu plusieurs exemples.

L'induration du tissu lamineux sera décrite à part. L'ictère, maladie assez fréquente, doit être distingué de la teinte ictérique qui complique la plupart des maladies graves des enfans, ou qui même affecte les plus sains très-passagèrement. L'ictère grave, qui dure quelquefois plusieurs semaines, dépend souvent de la compression

du foie par un maillot trop serré ; quelquefois il est devenu mortel ; et alors j'ai vu toutes les parties, le cerveau même, imprégné de matière colorante. (Voy. *asphyxie.*) Le plus souvent les laxatifs et un bon régime suffisent pour la guérison.

Je terminerai ces considérations générales par l'exposé d'une maladie bien légère, mais qui inquiète les parens, qui trompe des chirurgiens peu attentifs, et qui enfin n'est mentionnée nulle part.

Je n'en avais jamais entendu parler, lorsqu'elle se présenta à moi pour la première fois. J'avais vacciné une petite fille, reçue par madame *Lachapelle* quatre mois auparavant. Après l'opération, on me fit voir *son nombril qui suppurait encore.* J'y trouvai un fongus rougeâtre, conoïde, et dont la pointe sortait de la cicatrice ombilicale. En distendant la peau, je vis le fongus sortir de la fossette de l'ombilic et se montrer tout entier. Il était gros comme un noyau de cerise, et en avait la forme ; il ne tenait que par un court pédicule. Un bandagiste avait assuré que c'était une épiplocèle ; il l'affirmait d'après ce qu'il avait entendu dire, en pareil cas, à un chirurgien célèbre. Je n'y vis qu'une exubérance du tissu cellulaire, et je me proposais de la détruire avec le nitrate d'argent : M. *Dubois*, qui vit l'enfant, aima mieux en faire la ligature ; il a vu la même chose plusieurs fois, et il y a remédié par l'excision. Depuis ce temps, j'ai vu deux fois ce fongus ombilical, et j'en ai fait la ligature : la deuxième fois, il était si enfoncé, à cause de l'embonpoint, qu'il fallut faire deux ligatures ; la première servit à tirer le fongus au-dehors, et à rendre son pédicule accessible. Il n'y a pas trois semaines qu'un enfant de six mois m'en a présenté un nouvel exemple. Un suintement purulent à l'ombilic avait existé depuis sa naissance ; l'embonpoint de l'enfant cachait un petit fongus profondément enfoncé. Deux cautérisations avec le nitrate d'argent l'ont fait disparaître, et avec lui le suintement purulent. La ligature en était impossible ; son volume était à peu près celui d'un gros grain de chenevis. J'avais fini cet article, lorsque deux

nouveaux fongus se sont offerts à moi ; j'en ai déjà lié un, l'autre le sera dans quelques jours.

Descriptions particulières.

1.° *Erysipèle.*

A en juger par ce qu'on trouve dans les auteurs, l'érysipèle paraît avoir souvent été méconnu ; on l'a pris pour une éruption anomale, pour l'induration du tissu graisseux : plusieurs fois je l'ai vu, aux Enfans-trouvés, désigné sous le nom vague d'*enflure*, et confondu avec l'œdème. Toutes ces erreurs sont d'autant plus étonnantes, que sa ressemblance avec l'érysipèle des adultes est des plus grandes, comme on en pourra juger par une description fidèle.

Cette maladie, moins commune que beaucoup d'autres, n'est pourtant pas très-rare ; elle paraît régner parfois épidémiquement ; mais elle n'affecte pourtant même alors qu'un petit nombre d'individus.

Ses causes seraient assez difficiles à déterminer. Les irritations locales peuvent bien y donner quelquefois lieu ; mais il faut une disposition intérieure. M. *Scotti*, jeune accoucheur, de Milan, a souvent vu l'érysipèle envahir le bras des enfans vaccinés à la maison d'accouchement de cette ville ; il soupçonne que cela tient à la manière dont on y recueille le fluide vaccin : on racle et on exprime les boutons pour charger de leur suc des tuyaux de plume.

Dans les derniers temps de l'an 1820, j'ai été témoin d'un fait assez singulier, dont je ne tire pourtant aucune conséquence, car je pourrais opposer bien des faits absolument contraires : le voici. Une femme, enceinte de neuf mois, est prise d'un érysipèle à la face : elle accouche le troisième jour de cette éruption ; le quatrième l'érysipèle diminue, et en huit jours de temps la desquamation est complète. L'enfant, bien portant jusqu'au troisième jour de sa naissance, fut pris tout à coup, à cette époque, d'un érysipèle qui envahit les cuisses et les jambes : il mourut inopiné-

ment deux jours après. Le poumon gauche était compacte, dur, et facile à rompre; le tissu lamineux des membres inférieurs était abreuvé de serosité, la peau très-rouge encore. Le froid, qui était très-vif alors, a été évidemment cause de la mort, en produisant une pneumonie; la négligence des filles de service est cause qu'elle n'a point été soupçonnée ni combattue.

Marche, symptômes, etc. Presque toujours c'est d'abord à l'abdomen, autour de l'ombilic, que j'ai vu paraître l'érysipèle; de là il envahissait l'hypogastre, puis les cuisses et les parties génitales; enfin les jambes et les pieds. Je l'ai vu aussi passer aux bras, au cou et à la peau du crâne; je ne crois pas l'avoir vu à la face. Il a quelquefois commencé par la peau du crâne, autour d'un thrombus abcédé. En passant à une autre partie, il abandonne la première, ou bien il n'y laisse que de l'œdème, sans chaleur, et presque sans rougeur; cet œdème est surtout considérable au scrotum, aux pieds et aux mains.

Les symptômes locaux de l'érysipèle sont assez connus; les généraux sont ceux de toute affection fébrile. La terminaison la plus ordinaire est la résolution; la desquamation est toujours peu considérable, souvent nulle; l'œdème persiste quelquefois fort longtemps après lui, particulièrement au scrotum. La suppuration, c'est-à-dire la formation de plusieurs abcès, n'est pas des plus rares; la gangrène l'est beaucoup. Enfin la mort a quelquefois lieu par intensité des symptômes, ou par une complication fâcheuse. L'érysipèle ne séjourne que deux à trois jours dans le même lieu; mais sa durée totale est de huit à quinze jours. C'est bien l'érysipèle qu'*Underwood* a décrit sous le nom d'*éruptions inflammatoires anomales* : du moins c'est à lui qu'il faut rapporter ce qu'il dit de la promptitude de la suppuration ou de la gangrène, et de son siége vers le pubis, etc. Tout cela n'a rien de commun avec l'endurcissement du tissu graisseux, comme l'ont cru, si je ne me trompe, MM. *Andry* et *Auvity*. On le distinguera bien de cette maladie par la souplesse,

la rougeur vive, la chaleur forte des parties enflammées ; par sa *mobilité*, sa marche aiguë, et enfin par les symptômes généraux.

Ce n'est que dans l'érysipèle qu'on sent cette chaleur âcre de la bouche que les nourrices apprécient si bien ; ce n'est qu'alors que la langue est rouge, les fonctions des intestins dérangées; que l'agitation et les plaintes sont considérables ; qu'elles redoublent au moindre contact, et indiquent une sensibilité extrême des parties malades.

La mobilité, jointe aux circonstances commémoratives, le distingue seule de l'endurcissement enflammé. (Voyez *induration*, var. *œdem.*, 3.e période.) Les circonstances antécédentes distinguent presque seules l'œdème qui le suit de l'œdème ordinaire ; cependant celui qui suit l'érysipèle est en général plus *rénitent* et *plus chaud*.

Prognostic. C'est toujours une maladie dangereuse que l'érysipèle ; souvent il enlève les enfans en deux ou trois jours; c'est surtout quand il envahit la peau du crâne ; c'est encore quand il attaque avec violence les organes génitaux. On l'a vu, dans ce dernier cas, produire la gangrène de ces organes, et amener promptement la mort.

Bien plus souvent il prend le caractère phlegmoneux, produit des abcès qui s'ouvrent, et laissent quelquefois des ulcères difficiles à guérir. Si j'en jugeais par ce que j'ai vu, le tiers au moins des érysipèles aurait cette terminaison ; je l'ai vu trois fois. Ces abcès se sont formés aux pieds, aux mains, aux bras, au cou, etc. Leur volume n'a jamais égalé la moitié d'un œuf de poule ; ils se sont toujours promptement circonscrits, et la peau, d'ordinaire, n'a pas tardé à s'amincir. Ceux des parties charnues ont guéri promptement ; ceux des pieds et des mains n'ont pas toujours fait de même. En voici un exemple :

L'enfant d'une des nourrices de l'hospice, âgé de cinq à six semaines, eut quelques symptômes de péritonite : ballonnement et

dureté du ventre, constipation opiniâtre, cris continuels, augmentés quand on touche l'abdomen ; chaleur fébrile de la peau et de la bouche, inappétence, insomnie. Deux sangsues appliquées aux côtés de l'ombilic, et quelques cuillerées de sirop de chicorée dissipèrent ces symptômes, à l'exception de la chaleur générale ; à l'insomnie succéda la somnolence. Bientôt on s'aperçut que la cuisse droite était tuméfiée et rouge ; l'érysipèle était manifeste. Le surlendemain, il se propagea au scrotum et à la verge, leur donna un volume et une tension considérables. Le troisième jour, la cuisse était désenflée : les deux pieds et le bas des jambes s'enflammèrent ; le coude-pied s'éleva beaucoup. Le gonflement du scrotum persista cinq à six jours sans inflammation : celui des pieds durait depuis douze à quinze jours, quand je découvris de la fluctuation au coude-pied du côté droit ; l'autre était presque guéri. Je fis avec la lancette une petite ouverture ; mais elle s'ulcéra, s'agrandit, laissa voir à nu les tendons extenseurs, et guérit après trois semaines de durée, sans exfoliation apparente, et laissant une cicatrice enfoncée. Pendant que l'ulcère existait encore, et environ vingt jours après la disparition de l'érysipèle proprement dit, parurent quatre à cinq abcès ; l'un sur le sacrum, les autres au genou, à l'épaule et au thorax. Trois furent ouverts avec la lancette, les autres s'ouvrirent seuls : tous guérirent rapidement. L'appétit revint, la fièvre disparut, et l'enfant, qui avait beaucoup maigri, reprit bientôt, avec sa santé première, son premier embonpoint et sa fraîcheur.

Traitement. Ce que j'ai mis en usage dans cette circonstance, je l'ai répété dans les autres : tenir le ventre libre avec un sirop laxatif et quelques lavemens ; donner un peu de magnésie, quand des flatuosités ou des vomissemens glaireux paraissent l'indiquer ; faire vomir même, s'il y a des nausées, des vomiturițions ; faire des fumigations avec l'eau de sureau ou l'eau pure ; employer des fomentations légèrement résolutives, des bains tièdes ; enfin opposer des émolliens, soit mucilagineux, soit huileux, à la complication phleg-

moneuse, voilà je crois à peu près tout ce qu'il y a à faire. Quant aux suites, ouvrir les abcès, résoudre l'œdème, soit par les bains de vapeur, soit par les embrocations alcoholiques et camphrées, c'est à peu près aussi là que se bornent les indications. Les sangsues pourraient peut-être être utiles, comme saignée générale, en cas de pléthore ; mais leur effet local m'a toujours paru nul absolument.

Au reste, il faut toujours se souvenir que l'érysipèle, ainsi que la plupart des affections cutanées, a une marche régulière à suivre et une *durée nécessaire*. Bien différent en cela des phlegmasies séreuses et parenchymales, l'érysipèle ne serait pas, je pense, facilement ni impunément supprimé dans les premiers momens de sa durée.

2.° *Pleurésie et pneumonie.*

Ces deux inflammations doivent être réunies à cause de leur fréquente coexistence, de l'identité de leurs symptômes, de leur traitement, etc. Ce que je dirai de l'une sera, dans la plupart des cas, applicable à l'autre; je les distinguerai néanmoins quand il le faudra.

Ces inflammations ne sont pas très-rares chez les enfans nouveaunés; la plupart du temps elles sont compliquées d'autres affections qui les masquent plus ou moins, mais on les voit quelquefois seules, et même isolées l'une de l'autre, quoique plus rarement.

Le froid est la seule *cause* évidente que j'en connaisse; c'est dans l'hiver qu'on les observe presque toutes, et la faiblesse de constitution, la maigreur qui favorisent le refroidissement, paraissent par cela même disposer aux inflammations des organes respiratoires.

Les *symptômes* sont quelquefois peu prononcés, difficiles à reconnaître, sujets à l'équivoque; nous tâcherons d'éclaircir plus bas ces cas douteux.

Dans les cas réguliers, voici généralement ce qu'on observe. Les premiers jours l'enfant est inquiet, mais non pleureur; il a la peau chaude, il tousse parfois, il tète assez bien, mais ne reste pas long-temps attaché au mamelon.

Bientôt la chaleur augmente, la face se colore, l'enfant est assoupi; s'il tète, il n'exerce que deux ou trois succions, et lâche aussitôt le mamelon : mais il avale aisément les liquides versés dans la bouche; le pouls est plus dur et plus vif que dans l'état naturel, la toux très-fréquente, la respiration accélérée et évidemment gênée : elle est plus abdominale que thoracique, surtout dans la pleurésie; la toux tourmente l'enfant, et cause des plaintes et des pleurs quand elle se répète fréquemment; cette toux n'a pas ordinairement lieu par quintes, jamais par quintes opiniâtres, et suivies de vomissemens.

Dans cette seconde période, surtout dans la pneumonie, le thorax rend un son mat ou obscur à la percussion. C'est en arrière que ce résultat est plus marqué, et ordinairement un seul côté le présente. Cette percussion est un moyen précieux dans les cas équivoques; elle m'a fait prononcer, quoique la toux n'existât pas, et que la dyspnée fût médiocre; deux fois, en cas pareil, l'examen du cadavre a prouvé la justesse du diagnostic, et deux fois aussi les enfans ont guéri par le traitement convenable. Je la pratique avec la pulpe du doigt; souvent un seul doigt suffit en le faisant frapper d'un coup sec, comme un ressort qu'on débande : elle n'a aucun inconvénient, et n'est nullement douloureuse, surtout si les enfans ont peu d'embonpoint.

A une époque plus avancée, la dyspnée est plus considérable; la respiration, courte et fréquente, est plus costale qu'abdominale; la toux est rare, souvent même tout-à-fait nulle : chaque expiration est sonore, et produit un léger gémissement; la voix est faible, si l'enfant crie quand on l'agite; ce n'est plus qu'une espèce de sifflement particulier, et qu'il faut avoir entendu pour en avoir une idée juste : c'est le cri qu'on a regardé comme propre à l'induration du tissu graisseux. Le pouls est petit et faible, la face pâle;

souvent tout le corps prend une légère teinte ictérique qu'accompagne un amaigrissement sensible; la peau, toujours sèche, devient flasque, molle, et sa chaleur est moindre : l'enfant ne tète plus du tout; souvent même à peine avale-t-il les boissons. Ordinairement constipé dès le principe, il est à la fin fort sujet à une diarrhée verdâtre. C'est alors que la percussion donne des résultats bien plus précis encore; elle n'en donne guère qu'alors quand il y a pleurésie simple.

Ces maladies, traitées convenablement, sont, selon moi, toujours curables, quand elles sont simples : prises à temps, elles ne durent que deux à trois jours; négligées, elles sont inévitablement mortelles, et leur durée est de trois à sept jours.

La pleurésie est plus *médicable* que la pneumonie, parce qu'elle est plus superficielle; mais on a rarement à faire cette distinction, puisque leur mutuelle complication est presque constante.

Diagnostic. Si quelque chose peut les faire reconnaître quand elles sont isolées, ce ne peut être que la respiration et la percussion : la respiration sera presque toute abdominale dans la pleurésie, et la percussion donnera des résultats dont l'intensité ne sera point en rapport avec celle de la dyspnée et de la fièvre. Peut-être aussi y aura-t-il plus d'agitation et de plaintes, plus de douleurs enfin, et moins d'accablement que dans la pneumonie.

Mais, à part cette distinction, il n'est guère de maladie chez les enfans nouveau-nés dont le diagnostic soit plus facile. Il n'y a guère que le catarrhe pulmonaire qu'on pourrait prendre pour elle, et l'erreur serait de peu de conséquence, car le traitement est tout semblable. Le catarrhe pulmonaire est assez fréquent chez les jeunes enfans, et il est souvent accompagné d'un appareil fébrile inquiétant; il peut aussi devenir promptement funeste, si l'on n'en arrête la marche, ce à quoi on parvient plus facilement que dans la pneumonie. Quand il est grave, il est d'ordinaire épidémique, et il a quelquefois

été pris pour le croup. Nous en avons observé une assez grande quantité dans le mois de mars et de février 1821.

Quoiqu'il ait beaucoup de ressemblance avec la pleuro-pneumonie, on peut pourtant l'en distinguer, et cela est surtout utile pour le prognostic, qui est bien moins fâcheux dans le catarrhe pulmonaire. D'abord il n'attaque le plus souvent que des enfans de quelques années, ou du moins de plusieurs mois; je ne l'ai vu que deux fois avec son caractère de gravité chez des enfans âgés de moins de quinze jours, tandis que la pneumonie se déclare quelquefois le deuxième ou le troisième jour après la naissance; la dyspnée, la fièvre, etc., sont moins considérables; la respiration plus costale, plus bruyante; la toux bien plus forte, plus ordinairement par quintes, suivies de l'éjection de mucosités et quelquefois de vomissemens; la voix est libre, et l'enfant tète d'une manière continue; enfin la poitrine reste sonore. Si le mal devient funeste, c'est par engouement, et non par *hépatisation*.

Le coryza produit la dyspnée, l'impossibilité de téter, etc., mais absence de toux, etc.; mais avec de l'attention on s'aperçoit sans difficulté de l'état d'embarras du nez et de l'inflammation de sa membrane.

Examen anatomique. Voici, en général, ce qu'on observe dans les cadavres; il sera facile de reconnaître ce qui est dû à la pleurésie, et ce qui appartient à le pneumonie.

1.° Epanchement de sérosité visqueuse, rougeâtre ordinairement, et mêlée de quelques flocons d'albumine. Il est digne de remarque que dans toutes les inflammations des membranes séreuses, chez les enfans très-jeunes, j'ai trouvé au liquide épanché une viscosité considérable, et qu'il n'a pas en pareil cas chez l'adulte; il file entre les doigts : c'est sans doute de l'albumine qui lui donne cette propriété. Celle qui se trouve en flocons n'a jamais la consistance et la forme membraneuse de celle de l'adulte; tout au plus forme-t-elle quelques lambeaux. Si le poumon correspondant n'est

point devenu compacte, il est au moins livide, gorgé de sang, et contient moins d'air que l'autre. La plèvre elle-même offre presque toujours de l'injection et de la rougeur.

2.° Le poumon est compacte, solide, dur en tout ou en partie. Je ne crois pas avoir trouvé plus d'une fois cette compacité sans traces de pleurésie. (Voy. l'observ. jointe aux causes de l'érysipèle.)

Il faut bien se garder de prendre pour compacité péripneumonique l'état du poumon de quelques nouveau-nés débiles, chez lesquels la respiration ne s'est point complètement établie. Je l'ai trouvé tel, quelquefois trois jours après la naissance, et le plus souvent c'était le poumon droit qui en était le siége; phénomène qui, d'après mes opinions, s'accorderait mal avec les idées de quelques modernes sur la respiration de l'enfant naissant. Les poumons étaient violacés, privés d'air dans une partie de leur étendue, dans un lobe, rarement dans toutes leurs parties; gagnant le fond de l'eau, compactes enfin; mais *flasques*, *moux*, *flexibles*, *coriaces*, peu développés, *et ne remplissant qu'imparfaitement le côté correspondant du thorax*. Quand un seul lobe était maléficié, c'était ordinairement l'inférieur. Il en est de même pour la pneumonie, quoique la totalité soit plus souvent envahie; mais, du reste, quelle différence! Poumon *gonflé, dur, facile à couper, à déchirer et à écraser* entre les doigts; violacé, ou bien rouge jaunâtre, gorgé de sucs et de mucosités, quelquefois contenant encore quelques bulles d'air.

M. *Chaussier*, qui a bien observé l'état ci-dessus mentionné du poumon des nouveau-nés, le regarde comme l'effet d'une congestion ultérieure à la naissance. Malgré tout le poids d'une pareille autorité, je ne saurais partager son opinion; j'ai trouvé trop d'analogie entre ce que m'offraient les enfans morts avant de naître, et ce que m'offraient ceux qui mouraient peu d'heures après la naissance, ou bien plusieurs jours plus tard. Ai-je besoin d'avertir qu'on ne confonde pas l'état compacte avec l'infiltration transsudatoire du sang dans la partie postérieure du poumon? Ce phénomène,

purement cadavérique, sur lequel M. le professeur *Chaussier* a surtout fixé l'attention des observateurs, existe également chez l'adulte.

Donnons un exemple de l'une des altérations dont il vient d'être parlé; le lecteur n'aura pas de peine à en déterminer la nature. Vers la fin de l'an 1820 naquit à la Maternité une petite fille faible et pâle; elle avait à la région lombaire une large ouverture au canal rachidien, dans le fond duquel on découvrait la moelle épinière, et les nerfs recouverts seulement d'une mince pellicule rougeâtre. Cet enfant, dévoué à une mort certaine, fut peu observé; la faiblesse et l'inappétence furent attribuées à l'hydrorachis : à la même cause on attribua la mort, qui arriva quatre jours après la naissance.

Les ventricules du cerveau contenaient trois fortes cuillerées de sérosité rougeâtre, le reste de l'encéphale était bien conformé; le quart inférieur du prolongement rachidien était découvert par l'érosion de la pellicule cutanée; la plèvre gauche était *remplie* d'un liquide visqueux, filant, opaque, et chargé d'une matière purulente ou albumineuse suspendue en flocons très-ténus; le poumon gauche était plus *volumineux* que le droit, livide, *dur;* il ne contenait pas une parcelle d'air et ne surnageait point; il était imprégné de sérosité trouble et sanguinolente : j'ai pu le couper par tranches comme un fruit cru, et l'écraser entre les doigts. La plèvre et le poumon droit étaient sains, celui-ci rosé et plein d'air.

Traitement. La pleuro-pneumonie est, ai-je dit, très-*curable;* son traitement est simple et facile quand une fois le diagnostic est bien établi. Dans la première période on doit, pour les médicamens intérieurs, se borner aux adoucissans, aux légers laxatifs, tels que le lait, l'émulsion, la gomme, la fleur de pêcher (sirop), le sucre et le miel. Le lait de la mère ou d'une nourrice convenable est le meilleur look, le meilleur julep qu'on puisse imaginer; il ne faut que modérer la quantité que l'enfant doit en prendre; encore ce qu'il y a de mieux à faire sur ce point, c'est de s'en rapporter à son appétit, c'est de laisser agir le sentiment intérieur, l'instinct, que l'éducation

n'a pu encore étouffer. Les laxatifs ne sont indiqués que dans la première période ; la diarrhée survient dans la dernière. On a généralement l'habitude de donner le sirop d'ipécacuanha dans toutes les toux des enfans : il ne vaut rien du tout, à mon avis, dans la première période ; il ne faut point alors tourmenter l'estomac : il peut être utile à petite dose dans la dernière. Mais c'est surtout dans le catarrhe pulmonaire tendant à la chronicité qu'il est avantageux : il agit alors comme l'oxymel scillitique, en excitant les bronches et en facilitant l'expulsion des mucosités (1). Dans la dernière période, à ces moyens on peut joindre les sirops toniques d'œillet, de kina, d'écorce d'orange, l'eau de cannelle ou de mélisse, l'infusion d'hyssope, etc. Les mucilagineux seraient à cette époque plus nuisibles qu'utiles, il faut stimuler plutôt qu'adoucir ; mais malheureusement si la maladie est arrivée là, elle ne laisse plus que peu d'espoir.

Le traitement local ou extérieur est bien plus important, bien plus efficace que l'intérieur : sangsues, cataplasmes, vésicatoire, voilà quels en sont les matériaux.

Les sangsues sont très-efficaces dans quelque inflammation que ce soit chez les enfans nouveau-nés ; elles agissent à la fois comme saignée locale et comme saignée générale, pourvu toutefois qu'on en laisse suffisamment saigner les piqûres. Il ne faut pas s'effrayer de la pâleur et du léger abattement qui suit une évacuation de sang raisonnable, quand on peut estimer au juste la quantité perdue. C'est de cette manière que les sangsues peuvent enlever du jour au lendemain une maladie inquiétante ; c'est ce que j'ai vu plusieurs fois, tant dans la pleuro-pneumonie que dans la péritonite et les

---

(1) Voici la potion que j'ai généralement employée avec le plus grand succès.

℥ Sp. de gomme.
E. fl. d'oranger. ā ℥ j.
Oxymel scillit. ʒ ij.

Ajoutez une cuillerée d'eau, et donnez par cuillerées à café.

convulsions. Dans la maladie qui nous occupe, c'est sur le coté mat du thorax qu'on applique une grosse sangsue ou deux de moyenne grosseur; un cataplasme sera appliqué aussitôt après leur chute. Une sangsue sous chaque mamelle est également un moyen prompt et énergique que j'ai maintes fois opposé avec succès au catarrhe pulmonaire grave. Dans la pleuro-pneumonie, il faut appliquer les sangsues aussitôt que la maladie est caractérisée; plus elle est proche de son invasion, plus elle est facile à enlever. Mais, quand elle a dépassé la deuxième période, il faut beaucoup de circonspection, ce ne serait pas impunément qu'on affaiblirait le petit malade; et autant en soit dit de la deuxième période chez des enfans chétifs et des avortons. Cependant je crois, si rien n'a été tenté jusqu'alors, qu'on peut essayer d'une sangsue moyenne, dont la piqûre sera promptement étanchée.

Le vésicatoire ne convient que dans la troisième période : dans la première il ferait plus de mal que de bien, en augmentant la fièvre. Quand l'enfant s'affaiblit, que le côté est mat, la voix grêle, la toux nulle, la peau chaude et un peu pâle, il est positivement indiqué. Appliqué sur le dos, il ne m'a paru rien produire; peu de chose sur le sternum : mais, sur le côté malade il a montré une efficacité incontestable. Je lui fais donner toujours au moins un pouce et demi de diamètre. Dans les cas d'incertitude, je lui fais donner environ trois pouces de longueur sur un de large, et on l'applique en travers d'une mamelle à l'autre. C'est de cette façon que je l'ai employé avec le plus grand succès contre des catarrhes pulmonaires de plusieurs mois de date et d'une violence inquiétante: ceux-ci on les a fait suppurer; mais dans la pleuro-pneumonie j'ai toujours fait laisser l'épiderme. Confirmons ces divers préceptes par deux exemples, que ma mémoire m'offre plus nettement, parce qu'ils sont peu anciens.

En novembre 1820, un des enfans que nous conservons pour entretenir la vaccine dans l'hospice, tomba tout à coup dans un accablement dont on ne pouvait le tirer sans qu'il jetât des cris

plaintifs ; il toussait peu, mais refusait le mamelon, ou l'abandonnait après quelques succions. Lorsque je le vis, il était âgé de cinq jours, et malade depuis l'avant-veille. Une de ses mains, froide et œdémateuse, me prouva qu'il avait été peu soigné, et qu'il avait souffert de la rigueur de la saison. Pendant que j'examinais sa poitrine, il jetait des plaintes légères; sa voix était presque éteinte; la respiration abdominale, les côtes presque immobiles; la peau était chaude et sèche, mais déjà jaunâtre, excepté aux membres, où elle offrait de la rougeur; le pouls faisait sous le doigt cette impression indiquée par Stoll, *filum ferreum referens*. L'enfant avait un peu maigri. C'en était assez pour me faire soupçonner une pleuropneumonie à la seconde période. La percussion fit entendre un son mat à droite et un peu obscur à gauche. *Rayer du lait dans la bouche*, par intervalles une cuillerée à café de *sirop de gomme avec un peu d'eau de fleur d'oranger; deux sangsues au côté droit*, et le soir *vésicatoire* sur le sternum. Le sang coula en telle abondance, qu'il fallut l'arrêter avec le nitrate d'argent. Pâleur générale, plaintes nulles, dyspnée moindre. Le vésicatoire avait pris au bout de douze heures; les phlyctènes furent percées avec une épingle. Le lendemain, quatrième jour, mieux sensible, toux nulle; le cinquième jour, retour de la fraîcheur, de la coloration, de l'appétit, et des selles jusque-là rares et peu abondantes. La respiration est libre, et l'œdème de la main disparaît.

Deux à trois jours après, un autre enfant du même âge, et destiné au même usage, fut pris de symptômes tout semblables; seulement il n'y avait ni amaigrissement, ni œdème, ni teinte ictérique, et la toux était plus fréquente. Je le vis le jour même de l'invasion du mal. Le thorax rendit un son très-obscur des deux côtés, et il était facile de s'en rendre compte en comparant les résultats de la percussion avec ceux qu'on obtenait sur un enfant sain, et d'un embonpoint tout semblable. C'était bien une pleuropneumonie à la première période. Une sangsue sous chaque mamelle a soulagé beaucoup; le lendemain l'enfant a tété d'une

manière continue, et le surlendemain il n'y paraissait plus du tout.

3.° *Péritonite.*

La péritonite attaque assez souvent les nouveau-nés. Nous n'avons pas remarqué qu'elle saisît de préférence ceux dont la mère est atteinte de cette maladie pendant ses couches, et la plupart des enfans qui en ont été malades n'étaient point nourris par elle. On ne supposera donc point de communication, d'hérédité ou de contagion dans cette affaire. Le péritoine ne s'enflamme guère que quelques jours après la naissance. Cependant nous avons eu dernièrement la preuve qu'il pouvait s'enflammer pendant la vie utérine, et sans communication d'aucun principe morbide manifeste de la part de la mère ; l'observation est trop curieuse pour que je me dispense de l'insérer ici.

Le 9 février 1821, naquit à la Maternité un enfant du terme de sept mois et demi, bien conformé, long d'environ seize pouces, et pesant trois livres et demie. Il était généralement œdémateux ; son ventre était tendu ; et, quoiqu'il eût respiré, crié, vécu enfin pendant trois heures, il n'avait point rendu de méconium ; cependant il avait reçu et rendu un lavement d'eau tiède. J'en fis le lendemain l'ouverture en présence de M. le professeur *Chaussier*. Tissu lamineux épicrânien infiltré de sérosité rougeâtre, épais d'un demi-pouce (tuméfaction causée par l'accouchement) ; thorax sain ; poumons pleins d'air ; tous les viscères de l'abdomen agglutinés par de l'albumine jaune et concrète. *Fausses membranes* minces sur le foie, la rate, la vessie, etc. Estomac développé par des gaz, mais sain. Epiploon adhérent aux intestins. Ceux-ci, accolés en paquet, sont jaunâtres, durs, épais ; leur tissu paraît mêlé d'albumine concrète. Ils contiennent un mucus jaune et écumeux ; on y voit à l'intérieur, d'espace en espace, des plaques d'un rouge vif, qui contrastent avec la blancheur du reste. Le mésentère est farci d'une multitude de ganglions, dont les plus gros ont deux à trois lignes

de diamètre, durs et rosés. Le gros intestin est moins altéré ; il contient un peu de méconium. Le placenta a paru plus mou que de coutume ; c'est tout ce qu'on y a trouvé de remarquable. Cet enfant était un premier-né. Sa mère, âgée de vingt-deux ans, est bien portante et de constitution moyenne ; elle est sujette aux engelures, et a eu quelquefois des boutons dartreux sur les mains.

La *cause* la plus ordinaire de l'inflammation du péritoine m'a paru être le froid. La constipation a paru aussi plus d'une fois en être la cause ; et ces cas n'ont pas été confondus avec ceux où la constipation n'est qu'un effet ou un symptôme. Ainsi certains vices de conformation qui empêchaient le cours des matières fécales ont occasionné la péritonite. L'imperforation de l'anus est de ces vices le plus connu, et peut-être le plus commun : mon ancien collègue, M. le docteur *Legouais*, en a rencontré un exemple dans l'année 1819. L'enfant a vécu cinq à six jours. La trace de l'anus existait ; mais le rectum était oblitéré en forme de ligament, dans une étendue de plus de six lignes, si ma mémoire est bonne. J'ai eu sous les yeux, dans l'année 1820, un fait un peu différent et plus curieux encore. Un enfant de trois jours n'avait eu encore aucune déjection ; le ventre était ballonné et dur ; il existait des vomissemens de matières verdâtres et glaireuses. Les laxatifs ne produisirent rien, et furent vomis ; les lavemens entrèrent *en partie*, et ce qui entra fut expulsé sur-le-champ. Craignant quelque imperforation, je sondai le rectum, et je pénétrai jusqu'à un pouce et demi de profondeur ; là je fus nécessairement arrêté par la courbure de l'intestin. Je fis mettre dans l'anus un suppositoire de savon, et appliquer deux sangsues, puis un cataplasme sur l'abdomen ; nulle évacuation, nul soulagement. Mort le cinquième jour.

Le lendemain, avant de procéder à l'ouverture du cadavre, j'essayai l'opération de *Littre*, et je trouvai le colon tout-à-fait vide. Thorax sain. Dans l'abdomen, un peu de sérosité rouge, peu visqueuse ; couennes albumineuses jaunâtres sur les viscères ; péritoine rouge et enflammé. Toute la moitié inférieure de l'abdomen

est remplie par *un sac membraneux* adhérent mollement aux parties voisines ; il est plein de méconium brun et très-consistant. Vers la paroi antérieure et droite de ce sac, je suis parvenu à disséquer deux portions d'intestin grêle très-rétrécies, dont les ouvertures dans ce sac sont aplaties, presque effacées. L'une de ces portions appartient à l'iléon voisin du cœcum, l'autre à l'iléon voisin du jéjunum. Cette dernière reprend bientôt son volume ordinaire, et forme autour de l'autre une double circonvolution spirale. C'est un véritable étranglement qui a déterminé l'accumulation du méconium et la distension d'une partie de l'intestin. La partie de l'intestin qui est supérieure à l'étranglement contient des gaz et quelques matières bilieuses ; celle qui lui est inférieure, c'est-à-dire une petite partie de l'iléon et tout le gros intestin, est resserrée, vide, ou ne contenant que des mucosités épaisses et en partie semblables aux couennes albumineuses du croup. Les reins contiennent dans leur substance tubuleuse de l'acide urique rosé, et facilement exprimé par la compression des mamelons : c'est la troisième fois que je rencontre cette disposition chez des enfans âgés de quelques jours. Chez les deux autres, l'acide urique, ou le dépôt présumé tel, était blanchâtre.

Marche, symptômes. C'est par le gonflement du ventre et la constipation que la maladie s'annonce de prime-abord. L'enfant a la peau chaude et sèche ; il refuse de téter ; mais s'il tète, il le fait d'une manière *continue*. Il est dans un état de somnolence qu'interrompent des plaintes fréquentes ; *les cris redoublent quand on le secoue*, qu'on l'agite, quand on palpe, qu'on presse l'abdomen. Celui-ci est tendu, même dans le repos ; il est résonnant ; sa peau devient plus chaude que celle du reste du corps ; souvent elle est un peu injectée, et vers la fin un peu livide. Vers le milieu de la maladie surviennent des vomissemens, des éructations ; vers la fin, une diarrhée peu abondante. L'urine est d'ordinaire rendue rarement et en petite quantité pendant tout le cours de la maladie. Vers

la fin survient un ictère peu intense ; l'enfant maigrit sensiblement, et les membres inférieurs plus que le reste. Dans les premiers temps, le pouls est dur ; il est faible à la fin. La langue, dans le principe, est souvent d'un rouge vif aux bords, et couverte au milieu d'une croûte blanche ; le palais offre quelquefois une croûte couenneuse toute semblable. Ce phénomène, qu'il ne faut pas confondre avec les aphthes, puisqu'il n'y a point d'inflammation locale, n'est pas constant ni exclusif à la péritonite. La voix reste claire jusqu'à ce que la faiblesse soit extrême.

Si la maladie est abandonnée à elle-même, elle est presque constamment mortelle ; les vomissemens deviennent fréquens, la maigreur fait des progrès ; le ventre se gonfle énormément ; malgré la diarrhée, il acquiert un volume double de celui du thorax ; il est tendu et brunâtre : l'affaissement succède à l'agitation, la stupeur à l'insomnie ; les traits s'effilent et se contractent, la face ressemble à celle des vieillards ; l'enfant se refroidit, et meurt sans secousses ; il s'éteint par degrés.

Quand elle est mortelle, la péritonite dure de huit à quinze jours ; peut-être quelquefois devient-elle chronique. Quand elle guérit, sa durée peut se borner à trois ou quatre jours.

Reprenons maintenant les principaux des symptômes ci-dessus énoncés ; ils fourniront matière à des réflexions importantes.

a. La constipation, constante dans la première période, disparaît quelquefois à la fin. On la trouve quelquefois assez opiniâtre (même sans vice de conformation), pour résister aux laxatifs. C'est toujours un des symptômes qu'on doit le plus chercher à combattre, parce que, *d'abord effet, il devient bientôt cause :* il aggrave la maladie qui lui a donné lieu.

b. Le gonflement de l'abdomen, et surtout *sa résonnance, sa tension,* indiquent le météorisme des intestins et de l'estomac. Ce symptôme ne cède pas, comme le léger ballonnement produit par des mauvaises digestions, à la magnésie, car la magnésie n'enlève pas la

cause. C'est à ces gaz qu'il faut attribuer les éructations, peut-être le hoquet (1). C'est à eux que sont dus et les bosselures de l'abdomen à une période avancée, et la teinte bleuâtre, la demi-transparence de cette cavité dans la même période. Ce symptôme, par son intensité, donne une mesure assez exacte de celle de la péritonite; on ne peut croire à la guérison de cette maladie que quand le météorisme a disparu.

Un symptôme qui se rattache nécessairement à celui-ci, qui en dépend immédiatement, mais qui peut donner des renseignemens utiles, c'est la *saillie de l'ombilic.* Elle est presque constante lorsque la maladie est parvenue à un certain degré; ce phénomène peut même, dans certains cas, devenir pathognomonique. Quand, par exemple, avec un météorisme bien marqué, la saillie ombilicale est couverte d'une peau rouge, enflammée, douloureuse, et que pourtant les parties que recouvre cette peau sont réductibles, on est sûr alors que l'on n'a pas affaire à une hernie étranglée; la péritonite est indubitable : j'ai cru une fois y sentir de la fluctuation.

Il n'est pas difficile de se rendre compte de la formation de cette saillie. Chez les nouveau-nés, l'ombilic, à peine cicatrisé, n'a pas encore froncé et oblitéré son ouverture aponévrotique; il est le point le plus faible des parois abdominales : aussi, pour peu que l'enfant soit criard, pour peu qu'il tousse ou fasse quelque autre effort analogue, pour peu enfin qu'il ait l'abdomen distendu, l'ombilic se dilate, s'étend, forme une petite poche qui reçoit une portion de l'intestin. Si ce n'est pas une inflammation qui distend l'ombilic; si c'est une cause plus chronique et plus active, la toux,

---

(1) Le hoquet est par lui-même tout-à-fait insignifiant; il se voit chez les enfans les plus sains; il existe même pendant la vie utérine; du moins madame *Lachapelle* m'a assuré avoir bien des fois senti dans l'utérus à travers les parois de l'abdomen un mouvement brusque et régulier. Les enfans qui avaient offert ce phénomène pendant la grossesse étaient très-sujets au hoquet après leur naissance.

les cris, par exemple, alors il se forme une véritable hernie. Rien de plus fréquent que ces hernies chez les nouveau-nés, rien de plus facile à reconnaître, rien aussi de plus facile à guérir (1). On en voit qui ont la forme d'un doigt, et jusqu'à huit à dix lignes de longueur; jamais elles ne s'élargissent beaucoup. La nature se suffirait souvent à elle-même pour la guérison de ces hernies; il est plus prudent de l'accélérer par un bandage contentif. Une bande circulaire et une compresse graduée en font tous les frais : un mois ou deux de patience font toute l'affaire ; point d'opération, point de ligature.

c. Les vomissemens des enfans affectés de péritonite dépendent en partie de la constipation ; ils peuvent aussi être considérés comme sympathiques, et assimilés à ceux que produit la péritonite à tout autre âge. Ce symptôme n'est rien moins que caractéristique ; car il est excessivement fréquent de voir les enfans les plus sains vomir l'excès de leurs alimens, du lait même de leur mère, et il ne l'est pas moins de voir survenir un vomissement muqueux à la suite d'une toux un peu forte. Ce qui caractériserait peut-être ceux de la péritonite, c'est qu'ils sont plus souvent bilieux que muqueux, ou alimentaires. Ces vomissemens diffèrent encore beaucoup du

---

(1) Il n'en est pas de même des hernies congéniales. Celles-ci sont formées aux dépens des membranes du cordon ; ordinairement elles contiennent une partie du foie. Nous en avons eu tout récemment deux exemples. L'un des enfans est mort peu de jours après son arrivée aux Enfans-trouvés. L'autre a vécu pendant un mois à la maison d'accouchement. La pellicule qui couvrait la hernie s'était gangrénée ; une surface rouge et granuleuse en avait pris la place ; elle marchait vers la cicatrisation, et la hernie se réduisait ; mais la suppuration épuisa l'enfant, qui nous faisait déjà espérer une guérison radicale. Le lobe droit du foie se prolongeait jusqu'à l'ombilic ; il adhérait fortement au contour de son ouverture, et paraissait à l'extérieur dans une étendue d'un pouce de diamètre ; il était couvert de bourgeons charnus. Du reste, rien de malade ; seulement de la rougeur à l'intérieur de l'estomac.

vomissement muqueux qui accompagne la *dyspepsie* des enfans. Cette dyspepsie n'est pas bien difficile à reconnaître (absence de fièvre) ; elle indique ordinairement les vomitifs, les absorbans, les toniques : rien de tout cela n'est utile dans la péritonite ; c'est à l'inflammation, c'est à la constipation qu'il faut en demander raison.

d. L'état de la face a été fréquemment consulté par les praticiens dans les maladies des enfans. On s'attend sans doute à en tirer bon parti pour le diagnostic des affections inflammatoires de l'abdomen. Je doute fort, quant à moi, qu'on en puisse tirer des signes bien valables. Est-il rien de plus mobile que la face d'un nouveau-né ? A chaque instant elle se contracte en divers sens ; et si c'est sur les contractions que vous basez votre diagnostic, dans quel vague ne vous jetterez-vous pas ! à quelles erreurs ne serez-vous pas entraîné ! Vous verrez sourire un enfant endormi, et vous accuserez, avec *Armstrong*, des *spasmes internes ;* vous sonnerez l'alarme, vous purgerez, vous médicamenterez, et vous donnerez lieu à une maladie réelle. Ou bien, si, plus modéré, vous vous bornez à de légers calmans, il ne vous sera pas difficile de dissiper ces prétendus spasmes, et vous chanterez victoire pour un triomphe imaginaire.

A part les convulsions, dont nous nous occuperons amplement, toute grimace indique souffrance, et rien davantage. Un enfant veut-il crier, ses traits se contractent, parce qu'il souffre, et la grimace dure autant que les plaintes.

L'amaigrissement de la face est un tout autre objet : c'est alors que les traits s'effilent, se grippent, et conservent continuellement l'expression de la douleur ; mais cet amaigrissement est accompagné de celui des membres et du tronc ; mais il dépend d'une maladie déjà bien caractérisée, d'une péritonite, d'une pneumonie, d'une induration déjà avancée. Ce n'est pas qu'il faille bien du temps pour cela ; quelquefois quatre jours suffisent pour produire un amaigrissement général considérable ; c'est surtout quand il existe

beaucoup de douleurs et de fièvre, avec inappétence complète. Cet amaigrissement prompt est toujours d'un fort mauvais augure ; mais on sent bien que ce n'est pas par l'influence qu'il a sur les traits du visage. Ira-t-on encore démêler des sourires perfides dans les grimaces d'une face amaigrie, ridée, contractée ? Et si vous rencontrez par hasard quelqu'un de ces rires sardoniques, en conclurez-vous que la maladie est purement spasmodique ? et vous laisserez-vous tromper à ces apparences insignifiantes, tandis que la dyspnée, le météorisme, le gonflement des membres vous parlent sans équivoque ?

L'amaigrissement lent est d'un moins mauvais présage ; il est impossible qu'un enfant parcoure les périodes d'une maladie un peu violente, quoique curable, sans maigrir beaucoup. C'est une perte bientôt réparée. On n'en tirera surtout aucun mauvais augure, si la face pâlit médiocrement, et si elle ne prend point de teinte étrangère.

L'ictère qui accompagne la maigreur est en général d'un augure défavorable, même quand il est borné à la face. On voit quelquefois aussi le tour des lèvres et du nez prendre une nuance bleuâtre ou livide ; toujours l'affaissement des traits l'accompagne : je l'ai vue quelquefois sans amaigrissement : dans tous les cas possibles, c'est un signe de mort prochaine, non-seulement dans la péritonite, mais encore dans les autres maladies. Il ne faudrait pas la confondre avec la couleur violacée de toute la face des enfans pléthoriques. Il suffit d'avoir vu l'une et l'autre pour éviter une erreur que le simple bon sens éloigne assez.

Diagnostic. La péritonite ne sera pas confondue avec la pleuropneumonie ; trop de caractères les distinguent. Si quelquefois la première est accompagnée de dyspnée, c'est la douleur et le météorisme qui en sont cause : la respiration est costale et le thorax sonore. Ces deux maladies peuvent se compliquer mutuellement ; j'en ai eu une fois la preuve sur le cadavre.

La *dyspepsie* avec vomissemens muqueux n'est accompagnée d'aucun ballonnement, d'aucune tension, d'aucun symptôme de fièvre.

La constipation simple n'a point non plus de chaleur fébrile, de rougeur de la langue, de sensibilité ni de *tension* de l'abdomen. S'il survient un vrai météorisme, ce n'est que lorsque la constipation produit la péritonite.

Les coliques spasmodiques donnent lieu à la sensibilité de l'abdomen, et sont accompagnées de constipation ; mais point de météorisme, point de symptômes fébriles. Il est vrai que, dans le principe, la péritonite n'offre pas non plus de ballonnement ; mais les douleurs sont bien moindres : il y a plutôt somnolence qu'insomnie et agitation. Je sais bien que les deux affections peuvent coexister, que la péritonite peut suivre les coliques ; mais, si le diagnostic est difficile alors, les indications en seront peu obscurcies, et c'est là l'essentiel. A la période moyenne l'équivoque sera toujours difficile.

Prognostic. Négligée, la péritonite est presque toujours mortelle ; reconnue et traitée dès les premiers momens, elle est presque toujours curable. La constipation opiniâtre, la diarrhée sans diminution du météorisme, les vomissemens bilieux, la faiblesse du pouls, l'amaigrissement prompt, la pâleur, et plus encore l'ictère ; la stupeur ou l'affaissement ; enfin la teinte livide des lèvres, sont des signes du plus mauvais présage.

On doit bien augurer du retour des déjections, du ramollissement du ventre, de la facilité de l'émission de l'urine, de la mollesse de la peau, de la diminution de la chaleur ; enfin du retour de l'appétit et des forces.

Examen des cadavres. On y trouve d'ordinaire des capillaires nombreux injectés de sang sur les diverses régions du péritoine : mais le phénomène vraiment caractéristique, c'est la présence d'un

liquide séreux, souvent visqueux, trouble, jaunâtre ou rougeâtre, et dont la quantité varie depuis une demi-once jusqu'à quatre. Dans cette sérosité nagent des flocons d'albumine, et quelquefois cette albumine concrétée forme des lambeaux couenneux à la surface des intestins, du foie, etc. Cette albumine est toujours plus molle, plus pulpeuse que celle qu'on trouve en pareil cas chez les adultes.

Les intestins sont météorisés; mais leur membrane muqueuse n'offre absolument aucune rougeur : les dernières portions contiennent quelquefois encore une assez grande quantité de méconium ou de matières fécales, mais surtout beaucoup de gaz. J'ai rencontré quelquefois des traces d'inflammation dans une des plèvres; c'était une complication. J'ai trouvé une fois une autre altération que je n'oserai pas qualifier ainsi; c'est la *perforation de l'estomac*. Le docteur *Legouais*, mon collègue, m'a fait voir aussi un estomac perforé, ou pour mieux dire dissous dans toute sa moitié postérieure : il n'y avait dans le péritoine d'autre épanchement que celui auquel donne lieu l'inflammation de cette membrane. Dans le fait qui m'est propre, la perforation avait détruit à peu près le tiers de l'estomac du côté le plus volumineux; il y avait là un fluide visqueux et rougeâtre; le reste de l'abdomen en contenait aussi. On n'y trouvait pas de flocons d'albumine; mais il y avait météorisme, rougeur et injection vasculaire : l'enfant était mort après une constipation opiniâtre. Je ne l'avais vu qu'une fois au commencement de la maladie.

J'ai, depuis ce temps, rencontré une perforation capable d'admettre le bout du pouce, à la grosse extrémité et un peu en arrière de l'estomac d'une petite fille de quinze mois. Il n'y avait point eu de péritonite; aussi je ne donne pas ce phénomène comme absolument propre à cette phlegmasie. J'en ai rencontré deux aux Enfans-malades sans aucune inflammation; et la même chose est quelquefois arrivée, quoique rarement, chez les femmes en couche de l'hospice de la Maternité, qui nous offrent si souvent de pareilles perforations. *Jaeger* en a rencontré assez fréquemment chez des

enfans très-jeunes ; il a même vu un iléon perforé, et tout cela sans péritonite. (Bibliot. médic., t. 39, p. 92.)

Traitement. Il est simple ; car les indications sont bien tranchées.

Puisque la constipation et les coliques en sont souvent cause, nous devons regarder comme *préservatifs* les purgatifs doux, les laxatifs, les lavemens. (*Sirop de chicorée, de fleurs de pêcher, de roses pâles ; huile d'amandes douces, de ricin ; mercure doux, de 3 à 6 grains ; miel mercurial en lavemens ; savon ou beurre de cacao en suppositoires.*) Les mêmes moyens feront partie essentielle du traitement curatif tant qu'existera la constipation. Peut-être serait-il permis, en cas de besoin, d'employer avec les précautions convenables des purgatifs plus forts, le séné, le jalap.

Dès que l'abdomen se tend, que la langue est rouge et le pouls dur, on doit recourir aux antiphlogistiques. La saignée est le premier, le plus efficace. Une sangsue de chaque côté de l'ombilic suffit d'ordinaire ; on laisse couler le sang de leurs piqûres jusqu'à ce qu'un peu de pâleur et de diminution dans la chaleur de la peau et la dureté du pouls indiquent un effet général. Un bain tiède favorise l'écoulement du sang.

Le même bain tiède, simple ou mucilagineux ; le cataplasme émollient, les embrocations d'huile d'amandes douces, les fomentations de décoctum de guimauve, de lait tiède, etc., voilà la deuxième classe des antiphlogistiques qu'on peut employer avec succès. J'ai entendu parler comme d'un moyen très-utile de l'application d'une omelette sur l'abdomen. C'est un médicament qui sent un peu le commérage, et qu'on remplace très-avantageusement par le cataplasme ordinaire, arrosé d'huile d'amandes douces ou d'huile de camomille. M. *Chaussier* aime à employer ces cataplasmes, même chez les adultes, principalement contre les phlegmasies superficielles.

Quant au régime, ce doit être, non une diète absolue, mais une diète modérée. Si l'enfant tète, il tétera moins long-temps et peut-

être un peu plus souvent; s'il ne tète point, un peu d'émulsion ou de lait coupé d'eau d'orge et sucré fera l'affaire.

Voilà pour la première période. Mais, soit qu'on ait employé d'abord le traitement que nous venons de détailler, soit que la maladie, négligée, soit parvenue à sa dernière période, quand sont survenus la diarrhée et l'amaigrissement, etc., on donne avec avantage le sirop d'œillets, celui d'écorce d'orange, et avec plus de succès encore le sirop de quinquina étendu dans l'eau de fleurs d'oranger. Ces sirops seront donnés à petites doses, souvent répétées, de manière à user dans la journée une once du premier; deux à quatre gros des deux autres. Un peu de magnésie, une légère macération de rhubarbe pourra aussi être de quelque utilité.

Le régime alors sera à peu près le même que dans le premier cas : du lait d'une bonne nourrice, c'est là le meilleur aliment; point ou très-peu d'eau de riz, d'eau d'orge, etc.; surtout point de bouillie : la bouillie est toujours un mauvais aliment; elle serait ici un vrai poison Le lait de vache, ou de tout autre animal analogue, peut seul remplacer celui de femme, quand les circonstances s'opposent à ce qu'on puisse s'en procurer. Tout ce que je viens de dire en particulier du diagnostic et du traitement est si simple, que je ne crois pas nécessaire de le confirmer par des observations; ce serait une surcharge inutile et fastidieuse.

4.° *Convulsions et asphyxie apoplectiques.*

Avant d'entrer en matière, commençons par préciser le sens que nous attachons à ces expressions. Les éclaircissemens que la science accumule tous les jours au sujet des affections cérébrales seront sans doute un jour bien coordonnées et bien distinguées les unes des autres; jusqu'à présent il n'en résulte que confusion et qu'incertitude. En conséquence, pour éviter toute équivoque, il faut que l'on se souvienne que j'entends par le mot APOPLEXIE *toute congestion sanguine vers le cerveau, assez forte pour bouleverser ou*

anéantir ses fonctions en partie ou en totalité. J'appelle ASPHYXIE *la suspension prolongée de la respiration et de la circulation.*

Or, ces convulsions et cette asphyxie apoplectiques, ou si l'on veut, pléthoriques, ont entre elles la plus grande analogie pour les causes, les indications, les phénomènes cadavériques. Souvent même l'une succède à l'autre : bref, ce sont, à mon avis, deux formes de l'*apoplexie* des enfans nouveau-nés, en conservant à ce mot la valeur que j'y ai attachée. Les convulsions dont il s'agit ici sont idiopathiques; c'est ce qu'*Avicenne*, *Rhodion*, etc, appelaient *mater puerorum* : elles sont particulières aux enfans tout nouvellement nés; et il faut bien se garder de les assimiler aux convulsions sympathiques de la première enfance; à celles qu'on voit paraître à l'occasion de la dentition, des vers intestinaux, de l'endurcissement du tissu graisseux, de la suppression de quelque éruption, etc., etc. Cette distinction essentielle n'a pas, que je sache, été faite jusqu'ici avec l'attention qu'elle mérite; c'est pourquoi je pense que leur histoire, quoiqu'un peu détaillée, ne déplaira point au lecteur. Dans cette description, bien des choses seront communes aux convulsions et à l'asphyxie apoplectiques; je ne les isolerai que quand cela sera nécessaire, pour les symptômes, par exemple.

Causes. Elles sont les mêmes pour les deux formes de l'apoplexie; seulement elles produisent plutôt l'asphyxie, quand elles sont brusques et violentes; et plutôt les convulsions, quand elles sont lentes, graduelles, ou peu intenses.

Un fait tout récent vient de confirmer mes idées sur la cause et la nature de l'asphyxie apoplectique : sa description, pure et simple, en donnera au lecteur une connaissance plus exacte que ne feraient de longs argumens.

Le 11 avril 1821, un enfant volumineux (sept livres et demie) présentait la tête au détroit supérieur; les tégumens, considérablement tuméfiés, empêchaient de reconnaître la position; les mem-

branes étaient rompues depuis huit à dix heures, et on soupçonnait un resserrement du bassin. Les branches du forceps furent appliquées latéralement, eu égard à la cavité susdite. Ce ne fut qu'après plusieurs tentatives, qui durèrent plus d'une demi-heure; ce ne fut qu'avec des tractions considérables et une pression très-forte, qu'on parvint à extraire la tête. Elle était prise du frontal gauche à la région mastoïdienne droite; elle s'était, par conséquent, présentée dans la première position. Le cordon ombilical, coupé à un pouce du ventre, a donné, par jets, environ deux cuillerées de sang. Yeux saillans, peau violacée, flaccidité et immobilité. *Insufflation.* Les battemens du cœur et des artères ombilicales s'établissent d'une manière sensible; parfois quelques mouvemens de la mâchoire inférieure et des ailes du nez; mais le thorax reste immobile. Sept à huit fois on recommença l'insufflation, et on la pratiqua pendant six à huit minutes : à chaque insufflation, réexcitation des organes circulatoires; à chaque intermission, chute graduelle des pulsations et de la chaleur. En frottant la peau du thorax on déterminait un mouvement d'ampliation, mais sans entrée de l'air dans le poumon; en frottant la plante des pieds on sentait les jambes se fléchir et se rétracter fortement. Enfin il nous fut impossible d'établir une seule inspiration spontanée par les stimulans les plus directs, pendant près d'une heure que nous entretînmes la circulation; celle-ci même s'affaiblissait de plus en plus, la chaleur disparaissait; et, découragés de l'inutilité de nos efforts, nous cessâmes ces vains secours, et tout signe de vie ne tarda pas à disparaître. Ces phénomènes me firent prononcer qu'un épanchement comprimait l'origine des nerfs pneumo-gastriques et la moelle allongée; l'enfant était dans le cas des animaux décapités dont *Le Gallois* entretenait la vie par le moyen de l'insufflation. J'annonçai que nous trouverions du sang épanché autour du cervelet et de la moelle allongée. En effet, le lendemain j'examinai le cadavre avec mon ami, M. *Baudelocque*, actuellement interne à la maison d'accouchement : lui-même fit l'ouverture de la tête; et nous aperçûmes d'abord une

couche mince de sang noirâtre à la base du cerveau ; nous trouvâmes ensuite les fosses occipitales inférieures et la gouttière basilaire remplies d'un sang noir, visqueux, demi-coagulé, en couche épaisse et environnant de toutes parts le cervelet et la moelle allongée ; aucun sinus méningien n'avait été ouvert. Mon diagnostic se trouva ainsi complètement justifié.

Le plus souvent les causes dépendent du travail de l'accouchement ; quelquefois elles sont ultérieures à la naissance.

A. *Avant la naissance*, il peut exister deux genres de causes bien distincts : l'un est l'embarras de la circulation, l'accumulation, la stase du sang dans les vaisseaux de tout le corps ou dans ceux du cerveau ; en un mot, la pléthore générale ou la *congestion* cérébrale ; l'autre est la *compression* du crâne.

1.° *Pléthore et congestion cérébrale.* Un travail long et pénible entraîne toujours la pléthore du fœtus ; le mécanisme de ce phénomène est trop connu pour que je m'y arrête. Lors de la version artificielle du fœtus, si l'extraction est difficile et lente, le cordon est comprimé, même effet en résulte ; car remarquez bien que tous les vaisseaux sont comprimés à la fois, et que le fœtus ne perd point alors son sang par les artères ombilicales. Il en est absolument de même de la procidence du cordon sous la tête ou les fesses qui se présentent au passage. Dans ces cas là, l'enfant naît dans un état d'asphyxie réelle, mais non pas exsangue ; il est violacé, chaud, mou, pléthorique, comme un homme asphyxié par le gaz carbonique ; la comparaison me semble exacte de tout point, et c'est une chose bien importante à noter à cause des erreurs auxquelles entraîne dans la pratique l'opinion contraire. J'en pourrais citer vingt exemples : un seul suffira, je pense ; en donner davantage ce serait s'engager dans des répétitions inutiles. Le 10 décembre 1820, un enfant présentait la tête ; les membranes se rompirent, et le cordon glissa sous elle : par une négligence condamnable les élèves de

service ne touchèrent la femme qu'un quart d'heure après. Le cordon ne pulsait plus ; cependant il fut repoussé dans l'utérus et mis au-dessus de la tête, à l'abri de toute compression. Une heure plus tard l'enfant naquit sans vie; il était d'une taille remarquable, vingt-deux pouces des talons au sinciput, et neuf livres et deux onces de poids. On lui a, sans fruit, administré les secours ordinaires. Les vaisseaux du cordon ont laissé couler *beaucoup* de sang; et pourtant le lendemain, à l'ouverture du cadavre, je trouvai une *grande quantité de sang fluide* dans le cœur et les gros vaisseaux, dans ceux des intestins, du foie, des reins et des membres. La peau du crâne, le péricrane étaient ecchymosés, et leurs vaisseaux pleins de sang noir : ceux de la pie-mère en étaient fortement injectés, le plexus choroïde représentait un caillot noirâtre; la substance cérébrale était d'un rouge violet, surtout vers les centres latéraux.

Depuis cette époque, j'ai ouvert un autre enfant né mort par la même cause. Les fesses s'avançaient les premières, et l'orifice utérin était trop peu ouvert pour qu'on pût amener les pieds ou repousser le cordon au-dessus des fesses. L'enfant naquit brusquement : une heure et demie après, cessation totale des pulsations. Outre la pléthore générale, je trouvai un épanchement de sang fluide et visqueux sur les hémisphères du cerveau, dont tous les vaisseaux étaient distendus.

Il n'y a peut-être qu'un seul cas où le fœtus naisse exsangue; c'est celui d'une hémorrhagie fréquemment répétée par décollement du placenta, comme quand il est greffé sur l'orifice. Ajoutons-en un, moins certain; c'est le cas d'un travail prompt, court et peu douloureux. Quoique ceci ne soit pas constant, on en voit des exemples indubitables. J'ai ouvert en 1817 le cadavre d'un enfant de sept à huit livres, bien constitué et né d'une mère robuste. Le travail avait duré une demi-heure, et la délivrance suivit de très-près l'accouchement. Peut-être le placenta s'était-il décollé avant l'expulsion de l'enfant. Cet enfant, pâle, et criant à peine, se refroidit et s'affaiblit de plus en plus, et malgré tous les soins,

mourut cinq heures après l'accouchement. Je ne trouvai presque point de sang dans les vaisseaux, et cette anœmie était telle, que je soupçonnai de la négligence relativement à la ligature du cordon. J'ouvris dans l'abdomen la veine et les artères ombilicales, et je poussai jusqu'à la ligature un stylet très-fin; il ne passa qu'avec difficulté.

Toutes ces remarques sont d'accord avec la longue expérience de madame *Lachapelle*, que ne peut balancer, je crois, celle d'aucun accoucheur.

Lorsque l'enfant présente la face, et qu'il a par conséquent la tête renversée sur le dos, il est sans doute dans une attitude gênante; mais l'expérience prouve que cette attitude n'a aucun effet morbifique sur le cordon rachidien, et qu'il n'en souffre que très-peu, quoi qu'on en ait pu dire; la dissection me l'a confirmé. Les vaisseaux du col distendu doivent être aplatis et gênés. L'expérience prouve encore que, tant que la tête reste dans le grand bassin protégée par les eaux de l'amnios, cette attitude ne produit point la congestion cérébrale. (*Voyez* madame *Lachapelle*, Pratique des accouchemens, 3.e mémoire.) Mais, quand la tête, ainsi renversée, est descendue dans l'excavation, quand surtout le menton est entré dans l'arcade pubienne, alors le devant du col est comprimé contre les pubis avec toute la force dont l'utérus est capable. Avant ce moment même, l'orifice utérin, les parois du vagin, la vessie, etc., tout cela poussé par les muscles du bas-ventre, et refoulé dans le bassin, comprime nécessairement le col distendu. De là strangulation, stase du sang dans la tête, congestion cérébrale et compression du cerveau *avec* ou *sans extravasation*. Cet état peut exister sans pléthore générale; s'il dure trop long-temps, il produit comme elle l'asphyxie apoplectique; s'il dure moins, il laisse une disposition, et quelquefois une cause matérielle (épanchement) de convulsions apoplectiques; s'il dure moins encore, un peu de stupeur et d'engourdissement passager en est le seul effet. C'est à peu près la même chose pour la pléthore générale. Obser-

vons à ce sujet, avec madame *Lachapelle* (ouvrage cité, 1.er mémoire), qu'il y a parmi les enfans une différence étonnante et inexplicable dans leur résistance à la mort. Tel enfant, foible en apparence, a résisté à la version, à des tractions dont les accoucheurs seuls peuvent se faire une idée exacte ; tel autre fortement constitué a succombé à un travail peu prolongé, à la version la plus simple. Rien de constant d'ailleurs pour l'embonpoint ou la taille de l'enfant, pour la constitution de la mère, etc., etc.

2.° *Compression du crâne.* La dernière remarque que je viens de faire n'est pas moins applicable à cet objet-ci. Une compression très-légère et peu durable dans un bassin médiocre tue certains enfans, tandis que d'autres naissent vivans sous l'influence de vigoureuses tractions opérées au moyen du forceps, dont on a rapproché, serré et lié les crochets. Voici un fait qui réunit les deux circonstances défavorables, lenteur du travail et compression du crâne avec une résistance vitale étonnante. Vers le milieu de mars 1821, une sage-femme voisine de l'hospice me pria de voir une de ses pensionnaires. Cette femme, en travail depuis deux jours, avait *senti les eaux s'écouler* la veille ; l'orifice n'était qu'entr'ouvert. (*Saignée.*) Le 4.e jour, les douleurs se dissipent ; le 7.e, elles reviennent et attaquent surtout les lombes ; en outre fièvre, dyspnée, sensibilité de l'abdomen. (*Nouvelle saignée, bains, lavemens.*) L'orifice s'ouvre de quelques lignes, mais reste dur et épais ; la tête s'est tuméfiée au point de rendre la position méconnaissable : elle est d'ailleurs à peine engagée dans le détroit supérieur, qui paraît un peu rétréci. Deux jours se passent ainsi ; la sage-femme, inquiète, détermine la malade à se rendre à l'hospice. Là elle est baignée plusieurs fois, et enfin le 10.e jour du travail l'orifice paraît suffisamment dilaté ; la tête occupe le haut de l'excavation dans une position rapprochée de la 2.e du vertex. Le forceps est appliqué sur les côtés du bassin ; ses branches, fortement serrées et liées ensemble, amènent enfin la tête, et au moyen de violens efforts

on fait naître un gros enfant mâle, violacé, chaud, mou, à face vultueuse. Le forceps a laissé des traces profondes sur le haut du front et la fontanelle antérieure d'une part, et de l'autre sous l'apophyse mastoïde droite. Battemens au cœur et à l'ombilic, immobilité complète. On laisse couler deux à trois cuillerées de sang; l'asphyxie cesse; la respiration d'abord rare, puis singultueuse, est bientôt régulière. Dans la journée, engourdissement, plusieurs prodromes de convulsions. (*Deux sangsues derrière les oreilles.*) Le lendemain convulsions, dyspnée. (*Une sangsue vers le bas du sternum, un vésicatoire un peu plus haut.*) Ces moyens étaient peu indiqués, la dyspnée était sympathique. Les convulsions n'avaient laissé de traces qu'une constriction passagère des lèvres; mais survinrent une pâleur et un abattement inquiétans. Le 4.e jour, la piqûre du thorax laisse couler du sang, et le nitrate d'argent ne peut l'arrêter; une braise ardente suspend l'écoulement. En même temps hémorrhagie passive par la narine droite. (*Sp. de kina, vin, eau de Rabel, goutte iij.*) Affaiblissement graduel, et mort le 5.e jour. Malgré la terminaison funeste de la maladie, ce fait n'en est pas moins remarquable. L'enfant a résisté pendant huit jours entiers à la pression d'un utérus vide d'eau, et à l'embarras que la constriction de cet organe devait amener dans la circulation placentale; il a résisté encore à la pression du forceps et d'un bassin étroit. Le cadavre nous fit voir un crâne épais, des sutures étroites et solides; un peu d'œdème était le seul reste de la contusion du forceps et de la tumeur sanguine du vertex. Mais sous les deux muscles temporaux du sang était épanché, et cet épanchement communiquait du côté gauche par un écartement de la suture mastoïdo-pariétale, avec un épanchement qui avait décollé la méninge jusqu'au milieu du pariétal. Le sang y était coagulé et formait une couche épaisse de deux lignes. Le cervelet était entouré d'un pareil caillot et d'un peu de sang liquide. Un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux. Ecchymoses à la conjonctive, et surtout à la rétine, qui est toute maculée. Sang liquide dans le

cœur ; du sang en partie coagulé dans l'excavation pelvienne ; un caillot fibrineux au milieu de circonvolutions intestinales.

La compression du crâne peut être due aux seuls efforts de la nature. La tête est comprimée, même dans un bassin ordinaire, parce que les diamètres sont rétrécis par les parties molles foulées en bas par le diaphragme, etc. ; cela est si vrai, qu'on voit des fractures après les accouchemens les plus simples. Si cela se voit dans un bassin bien fait, que sera-ce dans un bassin difforme? C'est alors qu'un utérus vigoureux pourra chasser le fœtus, mais ce sera avec un enfoncement du pariétal ou de l'un des frontaux, suivant que la position est transversale ou diagonale. C'est l'angle sacro-vertébral qui produit ces enfoncemens ; ils sont toujours avec fracture, mais sans esquilles détachées, et toujours il y a du sang épanché dans leurs environs; il n'est donc pas étonnant qu'ils produisent les convulsions apoplectiques. Je conserve deux échantillons de ces fractures avec enfoncement; M. *Chaussier* en possède aussi plusieurs. Ces enfoncemens ne sont pas pourtant une cause de mort irrévocable ; nous avons vu deux fois les enfans vivre et se bien porter malgré ces déformations : il y a plus, l'enfoncement se relève peu à peu, et après quinze jours, à peine en reste-t-il des vestiges. L'un de ces enfans avait l'œil gauche presque hors de l'orbite, tant le frontal était déprimé; celui-là n'a pas même eu de convulsions. Les autres fractures dont je parlais tout à l'heure se voient d'ordinaire en haut d'un des pariétaux, ou même de tous deux. Le rapprochement des os du crâne, comprimé d'un côté à l'autre ou d'avant en arrière, porte son effet principal sur cette partie du crâne, et *c'est ordinairement la plus faible.*

Sur le tiers, et peut-être plus, des enfans nouveau-nés, vous trouverez la partie supérieure des pariétaux plus mince que le reste, et surtout beaucoup plus molle, beaucoup plus flexible. Elle est rouge, imbibée de sang, même quand il n'y a pas de fracture; quoique osseuse, elle ploie comme le cartilage, se coupe très-aisément, et présente souvent des *îles* cartilagineuses de plusieurs

lignes de diamètre, ou de petits trous rapprochés comme ceux de la dentelle. Le péricrâne et la méninge sont en ce lieu très-adhérens, et on déchire l'os en voulant les en détacher. Cette ténuité, cette flexibilité sont quelquefois telles, chez des enfans d'ailleurs très-sains, que l'os fléchit sous le doigt, et crépite en se relevant comme ferait du gros parchemin ou une vessie desséchée.

J'ai reconnu deux fois cette disposition avant la naissance, et quand la tête était encore au détroit supérieur. Elle avait fait craindre à plusieurs élèves sages-femmes la présence d'une hydrocéphale. J'avais déjà eu occasion de l'examiner sur trois à quatre enfans vivans et nouvellement nés. Donnons une observation à l'appui de ce qui vient d'être avancé.

Le 24 octobre 1820 une femme, enceinte pour la première fois, et âgée d'environ trente ans, était en travail depuis vingt-quatre heures, et le travail était devenu fébrile. On trouva la tête dans la quatrième position (*Baudelocque*), et un peu inclinée vers le dos, de manière que la fontanelle antérieure était au centre du bassin. On appliqua le forceps; mais comme la tête était haute, au lieu d'être placées sur les pariétaux les cuillers portèrent, l'une sur le frontal droit et l'arcade surcilière, l'autre derrière l'oreille gauche; la tête sortit en conservant la direction diagonale. L'enfant pesait six livres: c'était une fille vivante. Dans la journée, convulsions générales; elles sont plus fortes dans le côté droit de la face (deux sangues à la tempe droite, lavemens, bains). L'enfant évacue du méconium, il tète; mais de temps à autre les convulsions reviennent; il s'affaiblit peu à peu, et un accès l'enlève le troisième jour. — Sur la bosse frontale droite un abcès peu volumineux sans lésion à l'os. Dans l'étendue d'un pouce et demi d'avant en arrière, et de trois quarts de pouce en travers, chaque pariétal offre vers son bord supérieur une consistance et une structure cartilagineuses; il est pourtant un peu plus dur que les fontanelles: le péricrâne et la dure-mère semblent confondus avec lui. Dans toute l'étendue des fosses occipitales, les lobes du cerveau sont enduits d'une couche

de sang coagulé en partie et visqueux : sérosité rouge autour du cervelet ; sérosité jaunâtre dans les ventricules, peu d'air dans le lobe inférieur du poumon gauche. Veine et artères ombilicales vides de sang et fermées, mais non oblitérées.

Cette disposition des pariétaux a favorisé la compression du cerveau. Quand ils ne sont point cartilagineux, mais seulement minces et mous, on conçoit aisément qu'ils peuvent se fêler, se fracturer sans grand effort. Les fractures sont alors ordinairement perpendiculaires aux rayons osseux et parallèles à la suture sagittale ; sur des pariétaux aussi mous, mais plus épais, je les ai vues parallèles aux rayons osseux, et quelquefois étendues jusqu'au voisinage de la bosse pariétale. Lorsque je trouvai ces fractures pour la première fois, je crus qu'une violence extérieure, une chute peut-être en était la cause, et j'en avertis madame *Lachapelle*. Elle m'apprit que M. *Chaussier* avait fait la même remarque, et lui en avait également donné avis plusieurs années avant moi ; mais qu'il avait été constaté et prouvé qu'aucune imprudence n'avait été commise. Ceci est d'une si grande importance pour la médecine légale, que je crois devoir joindre ici quelques autres considérations auxquelles celles-ci m'ont conduit. Les chutes sur la tête sont, chez les enfans, moins dangereuses que ne le ferait croire la mollesse du crâne. Leur légèreté et l'élasticité des os leur sauve une bonne partie des effets ordinaires que produisent ces accidens chez les adultes.

M. de *P*..... jouait sur son lit avec son enfant, âgé de quelques semaines ; il s'éloigne de quelques pas, l'enfant lui tend les bras, s'agite, et tombe sur le parquet, la tête la première. La tête était nue ; l'enfant, étourdi, restait immobile ; le père, désespéré, ouvre une fenêtre et s'élance. Heureusement un domestique le retient par ses habits, et bientôt l'enfant, par ses cris redoublés, le rassure et le sauve de son désespoir. Aucun accident n'a suivi. J'ai vu à l'hospice arriver quatre fois la même chose : la hauteur des lits est d'environ trois pieds, et c'est sur le carreau qu'ont eu lieu les

chutes; le plus âgé de ces quatre enfans avait cinq mois : toujours la tête, comme partie plus pesante, a porté la première. Chez les uns, cris violens; chez les autres, étourdissement, affaissement, plaintes legères; chez tous, après quelques minutes, pâleur générale, respiration plaintive, faiblesse, inaptitude à prendre le sein, et constipation. Chez tous quatre aussi une ou deux sangsues à la tempe, ou derrière l'oreille du côté le plus contus, quelques laxatifs, quelques lavemens, quelques légers antispasmodiques ont fait disparaître les accidens en moins de deux jours.

De quatre à cinq pieds de hauteur j'ai laissé tomber sur la tête des cadavres de fœtus et de nouveau-nés sans produire de fracture; c'est sur la pierre que je faisais ces expériences. Un enfant fort lourd, précipité d'environ six pieds, a seul offert une fêlure dans la direction rayonnée des filets osseux du pariétal au voisinage de la suture sagittale. Revenons à notre objet.

La compression du crâne, même sans fracture, peut produire un épanchement intérieur; on l'a vu dans l'observation détaillée ci-dessus. Mais cet épanchement ne produit pas toujours l'asphyxie; il ne produit même pas toujours les convulsions. J'ai vu deux enfans périr sans cause bien connue au dix ou douzième jour, et je leur ai trouvé un épanchement à la surface du cerveau : tous deux avaient eu un ictère, et l'avaient encore à leur dernier jour. Il est, au contraire, des cas où l'on voit survenir les convulsions sans aucun épanchement sanguin, et par suite de la compression pure et simple. Ces cas sont rares à la vérité, et il l'est plus encore que sans épanchement la compression produise l'asphyxie. Voici un cas douteux, mais dans lequel sans doute il n'y a pas eu de fracture, et peut-être pas d'épanchement.

Dans le mois de mars 1821, un enfant naquit à travers un bassin de trois pouces, après un travail de trente-six heures. Tégumens fort tuméfiés, tempe droite marquée d'une trace rouge et contuse, produite par l'angle sacro-vertébral (deuxième position); asphyxie complète. La saignée ombilicale et l'insufflation ont rappelé la vie;

mais il est resté un engourdissement remarquable : roulement extraordinaire des yeux, état cataleptique des doigts, des bras et des jambes; physionomie stupide, inaptitude à téter, et pourtant déglutition facile, silence complet (*deux sangsues aux tempes, vésicatoire au dos*). L'état cataleptique a disparu, mais l'état d'idiotisme a continué, et l'enfant a été porté dans cet état aux enfans trouvés, âgé de trois semaines.

B. *Après la naissance* il n'y a pas de cause d'asphyxie ou de convulsions aussi tranchée que les précédentes. Si la plupart des enfans à qui on pratique l'insufflation sont pris de convulsions, c'est que la cause de l'asphyxie persiste en agissant plus faiblement. Ce n'est pas l'insufflation qui en est la cause : en voulez-vous une preuve? le fait suivant y satisfera amplement; vous y verrez aussi une cause particulière d'épanchement sans fracture, la désunion des os, et le décollement de la méninge. Une fille d'environ six livres présenta les pieds à l'orifice, et on tira sur eux aussitôt que les membranes se rompirent; la tête seule offrit de la résistance; elle ne s'enfonça d'abord qu'en partie dans l'excavation pelvienne, et pendant plus de dix minutes résista aux efforts les plus violens et les mieux dirigés; enfin elle sortit presque seule dans un moment de repos. C'est, pour le dire en passant, un phénomène qui n'est point très-rare; l'élasticité de la tête en rend raison; les tractions l'engagent dans un passage étroit, on l'abandonne au moment où elle est près de le franchir; les parties déjà passées se relèvent, et achèvent l'expulsion. L'enfant resta une demi-heure entière sans donner la moindre apparence de vie. Enfin, grâce au zèle d'une élève très-instruite, il commença à offrir quelques pulsations, et, trois quarts d'heure après la naissance, il commença à respirer librement. Tous les moyens ordinaires avaient été inutiles, l'asphyxie n'a cédé qu'à une insufflation opiniâtrément continuée. L'enfant put avaler du lait rayé dans sa bouche, et se porta fort bien jusqu'au lendemain à midi. Alors commencèrent des mouvemens convulsifs

dans les muscles de la face : cette partie était couverte de sueur ramassée en gouttelettes ; elle était rouge, les pupilles fortement dilatées ; les membres étaient pâles *et roides* ; les mains fermées, mais les doigts étendus sur la paume : plaintes vagues et légères, respiration irrégulière. Les convulsions continuent : ce sont des mouvemens brusques et répétés des lèvres, des sourcils et des yeux (*une grosse sangsue à la tempe gauche, deux petites à la droite*). Ecoulement de sang assez considérable, pâleur; continuation des convulsions, sanglots passagers, affaissement; mort vers le soir. — Examen du cadavre le lendemain matin. Rougeur de la peau du dos sur laquelle l'enfant est couché ; ecchymose très-forte de tout le côté droit du crâne; aux environs infiltration considérable de sérosité jaune. Le péricrâne de la tempe droite est entamé, et laisse jaillir une demi-once de sang noir et grumeleux. Le pariétal est tout-à-fait séparé du temporal par un intervalle de trois lignes environ; il est aussi séparé du péricrâne et de la méninge presque jusqu'en haut, du sang le baigne de toute part ; ce sang formait un amas liquide entre la fosse pariétale et la meninge : c'est lui qui a jailli. La méninge est encore couverte de caillots adhérens : sous elle on trouve le cerveau, à sa partie postérieure, tout enduit de sang coagulé ; le cervelet l'est également. Poumons sains et pleins d'air; du sang dans les cavités du cœur ; de l'acide urique dans les canaux urifères; il y est en stries blanches. Enfin une disposition anatomique remarquable existait dans les organes génitaux; il n'y avait qu'un seul vagin, que deux trompes et deux ovaires; mais il y avait deux utérus accolés, ayant chacun leur orifice, leur col, leur corps et leur fond. A l'extérieur l'organe paraissait seulement bifurqué ; une épaisse cloison formait l'adossement des deux organes.

Ce n'est certainement pas l'insufflation qui a produit les convulsions ; au contraire, elle a fait cesser l'asphyxie. Une insufflation mal dirigée sera nuisible d'une toute autre manière : d'abord si le tube est mal introduit, on souffle l'estomac et les intestins ; un peu

d'air dans ces organes ne fait pas grand mal, c'est un stimulant utile, mais une trop grande quantité deviendrait un obstacle aux mouvemens du diaphragme et à l'ampliation de la poitrine. En second lieu, l'air poussé dans le poumon avec trop de force peut produire son emphysème; c'est ce que m'a confirmé l'ouverture d'un fœtus chez qui on avait sans succès exercé l'insufflation pendant près d'une heure. Je l'ai ouvert cinq à six heures après la naissance; il n'y avait aucune trace de putréfaction. Une autre fois, j'ai trouvé quelques bulles d'air dans les gros vaisseaux du cœur et du poumon. Ces deux enfans n'ont donné aucun signe de vie. Pourrait-on croire que pareille affaire pourrait devenir, d'après les idées de *Bichat*, une cause de convulsions mortelles? Les expériences de *Nysten* ont prouvé que ce n'est pas sur le cerveau, mais sur le cœur qu'agit l'air introduit dans les vaisseaux, et il y en avait là trop peu pour distendre ses cavités et paralyser ses mouvemens. Quoi qu'il en soit de ces cas extraordinaires, il est bien certain qu'une insufflation ménagée est absolument sans danger; nous indiquerons bientôt la meilleure manière d'y procéder.

Je ne sais trop comment expliquer des exemples de convulsions, en apparence apoplectiques, que m'ont fourni deux enfans extraits par l'opération césarienne immédiatement après la mort de leur mère. Le premier n'avait que sept mois; sa mère était morte de phthisie pulmonaire; il vécut environ dix-huit heures. Le deuxième était de huit mois et demi; sa mère avait été frappée d'une apoplexie foudroyante (épanchement de sang dans les ventricules du cerveau); l'enfant vécut quatre jours et téta très-bien dans l'intervalle des accès. C'étaient deux garçons. J'ai fait depuis ce temps deux autres opérations césariennes, et j'en ai vu faire une troisième en cas analogue; les enfans étaient morts, malgré toute la promptitude possible.

Prodromes. L'invasion de l'asphyxie apoplectique précédant toujours la naissance, on ne peut guère donner d'autres symptômes

précurseurs que l'affaiblissement graduel, et enfin la cessation des mouvemens du fœtus, soit que la femme seule s'en aperçoive, soit que l'accoucheur puisse la sentir à travers les parois de l'abdomen ou à l'orifice utérin (présence d'un membre ou de la face). On y peut joindre encore l'écoulement du méconium lorsque les membranes sont rompues.

Quant aux convulsions, je ne discuterai pas ici l'opinion des auteurs qui croient qu'elles peuvent précéder l'accouchement, et qui les reconnaissent à des mouvemens violens et douloureux pour la femme. Tenons nous en à ce que nous voyons après la naissance.

L'asphyxie pléthorique précède souvent les convulsions, ou, pour mieux dire, celles-ci sont un reste de l'asphyxie, une suite de la persistance des causes plus ou moins atténuées. Les convulsions, d'autre part, peuvent bien aussi amener l'asphyxie ; mais ce n'est guère que dans les derniers momens, et c'est de cette façon qu'elles amènent la mort. Quelquefois pourtant l'asphyxie cesse et se renouvelle deux ou trois fois ; mais ce n'en est pas moins un signe de mort inévitable. L'asphyxie, après s'être dissipée, peut se reproduire, et même devenir mortelle ; le cas est rare ; mais il se voit quand le traitement n'a pas été assez énergique, ou que les causes ont agi trop fortement. Elle ne reparaît jamais sans convulsions au-delà du premier jour.

Les convulsions peuvent saisir un enfant qui n'a eu aucun symptôme d'asphyxie ; elles peuvent paraître le jour même, le lendemain, et même le troisième ou le quatrième jour après la naissance : plus tard, elles sont ordinairement sympathiques. En pareil cas, il est rare qu'elles ne soient pas précédées de quelques phénomènes caractéristiques ; voici les principaux :

1.° L'agitation, l'anxiété, les plaintes vagues et brèves, l'irrégularité et l'embarras passager de la respiration ; des grimaces et des mouvemens singuliers, suivis d'immobilité complète ; un strabisme momentané, des bâillemens avec tremblotement de la mâchoire infé-

rieure sans cris prolongés, un léger trismus, la rétention du méconium; quelquefois des rougeurs et pâleurs alternatives, et une sueur abondante à la face: voilà des symptômes qui précèdent souvent les convulsions, et qui continuent d'ordinaire pendant leur durée. Ces symptômes sont bien vagues, et ne peuvent guère faire prononcer que quand les causes ont agi d'une manière bien évidente; comme quand le travail a été long et pénible, la compression forte, quand il existe une dépression, un thrombus considérable, etc.

2.° Un symptôme moins équivoque, c'est la somnolence; j'ai vu des enfans s'endormir peu après avoir *commencé* à téter. C'est encore la constriction continuelle des mains avec *roideur*, des doigts *étendus* sur la face palmaire du métacarpe et du carpe, le pouce ordinairement sous les autres; c'est l'inclinaison spasmodique de la main vers le bord cubital de l'avant-bras. On remet aisément les membres en place, mais ils reprennent d'eux-mêmes la première disposition; souvent à cela se joignent la roideur des avant-bras et la pronation forcée de la main. Ces symptômes, que madame *Lachapelle* m'a fait remarquer il y a long-temps, ont été quelquefois, avec quelques grimaces et la dilatation des pupilles, le seul accident visible: le traitement a prévenu le développement des convulsions et sauvé l'enfant.

Symptômes, marche, terminaison. L'asphyxie apoplectique est reconnaissable aux signes suivans: l'enfant est immobile, mou, les membres pendans (une seule fois je leur ai trouvé une roideur remarquable, l'enfant n'a donné aucun signe de vie), et ils conservent cette mollesse après la mort pour peu que la température de l'air soit élevée. Leur chaleur diminue ordinairement assez lentement, et quelquefois elle persiste dans les cavités sphlanchniques pendant huit à dix heures, quoique la vie ne puisse être rappelée. Toute la peau a une couleur violacée qui pâlit sous la pression du doigt; les membres paraissent gonflés, et la pesanteur générale est plus grande relative-

ment au volume de l'enfant, que dans les cas ordinaires. Le cordon, avant la section, offre des vaisseaux distendus et noirâtres: du sang noir s'échappe vivement lorsqu'on le coupe, et coule ensuite plus lentement. Souvent on ne voit nuls battemens aux artères ombilicales; quelquefois on en soupçonne à la région du cœur: la respiration est absolument nulle. La face est une des parties qui offrent le plus de signes caractéristiques; nulle part la couleur violacée, la boursoufflure ne sont plus apparentes qu'aux lèvres; les yeux sont saillans, et les paupières gonflées et entr'ouvertes; la conjonctive est fortement injectée, quelquefois ecchymosée, toujours d'un rouge foncé, les pupilles fortement dilatées. Un jour le hasard nous fit placer au soleil un enfant asphyxié, et j'aperçus très-distinctement l'iris parcourue d'une foule de vaisseaux rouges, distendus, très-rapprochés, et ayant la disposition rayonnée et annulaire que les anatomistes leur connaissent. Une autre fois j'ai vu la même chose à la lumière ordinaire. Je ne sais si cette disposition est constante, mais je penche à le croire. J'ai souvent vu, *après la mort*, les vaisseaux de la choroïde injectés comme dans les plus belles préparations de *Sœmmering* et de *Ruisch*; j'ai vu même l'artère centrale du corps vitré se ramifier derrière la capsule cristalline.

La durée de l'asphyxie est extrêmement variable. On voit des enfans rester immobiles quelques secondes, puis se réveiller tout à coup comme d'un profond sommeil et presque sans secours, respirer, crier, etc. Cela n'arrive guère que dans les cas où l'on voit quelques battemens aux artères ombilicales ou au cœur; je dis *on voit*, parce qu'en effet on les aperçoit mieux à la vue qu'au toucher. Mais, quand il n'existe rien de semblable, la durée peut être bien plus considérable; souvent ce n'est qu'après une demi-heure, trois quarts d'heure (voyez l'observation ci-dessus), une heure de secours, qu'on parvient à rappeler la vie (1). L'art est, dans ce cas-

(1) « A peine peut-on reconnaître d'abord s'ils sont vivans ou morts, à cause qu'on ne leur voit mouvoir aucune partie de leur corps, lequel est parfois si bleu

là, d'une nécessité incontestable ; c'est là qu'il opère de vrais miracles. Il ne faut donc pas se rebuter aisément, ni se décourager de l'inefficacité des moyens qu'on emploie d'abord ; on abandonnerait comme morts bien des enfans susceptibles d'être ranimés. Rien, en effet, de plus difficile que de distinguer une asphyxie complète d'avec la mort récente. Tant que la chaleur n'a pas abandonné les membres et la superficie du tronc, on ne doit désespérer de rien. Ai-je besoin d'excepter les cas où le cordon était flétri à la naissance, et ceux où l'enfant présente un commencement de putréfaction? Lorsque l'asphyxie se dissipe, le mieux s'annonce par quelques signes qu'un œil exercé saisit du premier abord ; la peau change sa teinte violette en une couleur plus rose, la chaleur se rétablit dans les membres; quelques pulsations apparaissent à la région du cœur, à l'ombilic ; enfin a lieu une inspiration profonde, suspirieuse, et comme spasmodique : d'autres inspirations semblables ont lieu de temps en temps; bientôt elles se rapprochent davantage ; enfin elles se succèdent immédiatement ; la respiration s'établit, et peu après les cris commencent, d'abord faibles, et puis plus forts, etc. Lorsque les inspirations sont encore rares, et éloignées de deux en deux ou trois en trois minutes, par exemple, on voit souvent les battemens du cœur devenir de plus en plus forts et constituer de véritables palpitations, jusqu'à ce que l'inspiration se fasse. La fréquence des pulsations n'a rien qui doive étonner ; on sait qu'elle est naturelle à cet âge.

Les symptômes des convulsions sont si connus, que je me dispenserai d'entrer à cet égard dans de grands détails. On sait qu'ils reviennent par accès, caractérisés par la contraction des muscles de la face ; la roideur, l'extension, les soubresauts et l'agitation des membres ; le strabisme et le renversement des yeux, leur trem-

---

et si livide, principalement par la face, qu'on croit qu'ils sont tout-à-fait suffoqués; et quelquefois, après avoir été des heures entières en cet état, ils reviennent peu à peu de leur faiblesse, comme s'ils ressuscitaient et retournaient de mort à vie. » (*Mauriceau*, Maladies des femmes.)

blotement, etc. On sait que, dans le principe, les intervalles des accès sont parfaitement libres ; que l'enfant tète alors, et semble se porter à merveille. Vers la fin, les accès deviennent presque continus, mais plus faibles ; la peau se colore irrégulièrement et par marbrures ; la face pâlit, la respiration devient irrégulière : dans l'intervalle des accès, stupeur apoplectique, affaissement, et même asphyxie passagère, mais prompte à se renouveler, et qui emporte le petit malade. Cette dernière asphyxie survient quelquefois dans un violent accès ; d'autres fois elle semble n'être que le dernier terme d'un affaiblissement progressif. La mort arrive ainsi après douze heures, deux, trois ou quatre jours de maladie. C'est la terminaison la plus ordinaire des convulsions ; c'est la terminaison inévitable de la maladie livrée à elle-même. *Bien traitée*, elle peut guérir : on voit alors les accès s'éloigner et diminuer de violence, l'appétit augmente, les déjections ont lieu sans excès, la respiration prend de la force et de la régularité, la rougeur se rétablit universellement, et bientôt tout se dissipe. Dans quelques cas pourtant, il reste pendant quelques jours de la roideur dans les membres, de la lenteur dans les mouvemens, un peu d'engourdissement général, etc.

Les convulsions affectent d'ordinaire également les membres d'un côté et de l'autre à la fois ; la face est aussi presque toujours affectée dans sa totalité ; la bouche se rétrécit, la lèvre inférieure se déjette en dedans, le menton s'abaisse et tremblote ; mais quelquefois la bouche est déviée, le menton même est tiré d'un côté, un œil est fermé spasmodiquement, etc. Peut-on tirer parti de ces singularités par rapport au siége de la cause du mal ? Oui, jusqu'à un certain point ; souvenons-nous seulement que les lèvres sont portées du côté convulsé, et que le menton *est poussé* par le ptérygoïdien externe *du côté opposé* à la convulsion. Sachons aussi que, d'après le croisement ordinaire des affections cérébrales, l'épanchement doit toujours être du côté opposé à la convulsion : car je ne sache pas que, chez un enfant nouveau-né, l'épanchement ait jamais

produit autre chose que la convulsion ou l'asphyxie ; or cette dernière ne peut pas, je crois, être assimilée à la paralysie, du moins à la paralysie partielle. Avec cela pourtant, considérez que, dans le système de M. *Gall*, de *Pourfour Petit*, etc., les faisceaux nerveux qui forment les circonvolutions postérieures ne se croisent point comme les antérieurs : or nous allons voir que l'épanchement pèse presque toujours sur ces circonvolutions. Que conclurons-nous de tout cela ? Que rien n'est plus vague encore, et que la théorie ne doit marcher qu'après la pratique ; et comme les faits ne m'ont pas encore assez instruit à cet égard, le lecteur me permettra de ne rien décider du tout. On pourra se guider bien plus sûrement sur le siége de la tumeur sanguine des tégumens. Toutes les fois qu'il n'y aura ni dépression ni fracture sensible, c'est du côté du thrombus qu'on devra soupçonner l'épanchement intérieur, si les convulsions le décèlent.

Examen anatomique. On peut trouver, après les convulsions ou l'asphyxie, quelques lésions viscérales dans l'abdomen ou le thorax ; mais elles sont de pures complications. Faut-il dire que l'asphyxie non traitée laisse les poumons compactes ? Parlerai-je de l'emphysème du poumon, de la manière de le reconnaître à la séparation des lobules de l'organe, à l'infiltration de l'air sous la plèvre, etc. ? Dans le cas mentionné, l'emphysème s'étendait jusqu'au médiastin. Dirai-je quelque chose encore de la plénitude des cavités du cœur et des gros vaisseaux, de ceux des principaux viscères ? Reviendrai-je sur la fluidité et la couleur noire du sang, sur la petite quantité de caillots et surtout de caillots fibrineux, bornés tout au plus à l'oreillette droite ? Détails superflus ; c'est la tête surtout qui doit nous occuper.

Je ne reviens pas non plus sur la mollesse des pariétaux, sur les fractures, les enfonçures, ni sur la plénitude des vaisseaux du crâne, des méninges, de la face, des yeux, etc. Je vais m'occuper spécialement des épanchemens sanguins et séreux.

a. Les *épanchemens sanguins* peuvent exister sous le péricrâne, sous la méninge, sous l'arachnoïde, et peut-être dans le cerveau. *Sous le péricrâne,* ils peuvent être avec ou sans fracture. Sans fracture, ils ne sont guère *causes* de convulsions; mais ils indiquent un long travail, et compliquent souvent l'épanchement intérieur. Ces épanchemens *extra-crâniens* existent toutes les fois qu'il y a *fluctuation* dans les tumeurs sanguines du vertex; le sang n'est jamais *qu'infiltré* dans le tissu de la peau et dans le tissu lamineux sousjacent. Tout véritable épanchement a lieu entre les os et le périoste; les ouvre-t-on, l'os est à nu. Les thrombus simulent très-bien l'encéphalocèle, et il suffit de lire la première observation de *Ledran* pour voir qu'il a donné dans le panneau. *J. L. Petit* n'avait pas encore éveillé sur ce sujet l'attention des praticiens. Point de pulsations, point d'accidens cérébraux par la compression; sensation d'un fond solide quand on enfonce le doigt un peu au-delà du bord saillant : voilà leurs caractères distinctifs. Quelquefois un abcès les suit, et guérit sans peine. Considérables, il vaut mieux y faire une ponction légère; le sang y est resté fluide, il s'échappe, et l'os se réunit à sa membrane : médiocres, ils guérissent par l'emploi des résolutifs; il y en a même toujours un peu d'épanché. Quand il existe de ces gros thrombus sans fluctuation, qui se résolvent si promptement, en huit ou quinze jours tout a disparu (1).

Sur la méninge ou *dure-mère*, je ne me rappelle pas avoir trouvé d'épanchement sans fracture, enfonçure des os ou écartement des

---

(1) Il y a des parties où la résorption est bien plus prompte encore. Le scrotum et les testicules sont souvent tuméfiés, noirs, remplis de sang infiltré, au point de ressembler à l'intérieur à un caillot de cruor; ils reviennent chez les nouveau-nés en cinq à six jours à leur état naturel. Du moins j'ai trouvé le testicule dans l'état susdit chez tous les enfans morts peu d'heures après la naissance, et qui avaient présenté les fesses. Le même état existait sans doute chez d'autres, dont l'extérieur était plus endommagé encore, et qui ont pourtant guéri sans difficultés. Pas une fois je n'ai vu de suppuration ni de gangrène.

sutures. Il faut toujours, en effet, qu'il y ait décollement de la membrane. L'épanchement est quelquefois considérable, mais toujours plus en largeur qu'en épaisseur; il ne dépasse guère pourtant les limites d'un os. Quelquefois il a fait *dépression* à la surface du cerveau. C'est toujours du sang visqueux, noirâtre, d'une teinte de suie, et en grande partie liquide. Son siége constant est la voûte du crâne.

Sous la méninge, les épanchemens peuvent exister sans fracture. Le sang est plus souvent coagulé, mais moins abondant; il enduit les circonvolutions d'une couche mince et peu tenace. Le siége le plus ordinaire est la partie postérieure de la base et de la voûte du crâne; c'est la partie la plus déclive. Je dois avouer que j'ai rencontré une fois cet épanchement sans qu'il y eût eu aucun signe d'affection cérébrale. (*Voyez* article *induration.*) Bien plus souvent le contraire a eu lieu. En voici un exemple : Un enfant mâle, de volume ordinaire, est né le 15 novembre 1820 dans la première position du vertex, après un travail de quinze heures; la tête est restée long-temps dans le vagin par défaut de douleurs; il a fallu appliquer le forceps, et cela a été fait en un clin-d'œil; à peine a-t-on serré les branches. L'enfant a crié aussitôt après sa naissance, et tété peu après. Le 23 novembre, il refuse de téter, et paraît assoupi; il est pâle; les évacuations alvines se soutiennent, la respiration est bonne. Dans la journée, de temps à autres, soubresauts convulsifs, strabisme convergent, yeux immobiles, *menton porté a droite*, mains fermées spasmodiquement. Je fis mettre un vésicatoire à la nuque et deux sangsues à la tempe. Elles furent mises à la tempe gauche, mais par erreur; car la tumeur était à droite, et l'inclinaison du menton indiquait convulsion à gauche. Peu de sang s'écoula, nulle amélioration ne s'ensuivit, le vésicatoire ne prit point : mort dans la nuit. Thorax et abdomen sains; un gros caillot fibrineux dans l'oreillette droite; sous le périoste du côté droit du crâne, une couche mince de sang coagulé. Rien à la voûte du crâne, rien dans les ventricules cérébraux; mais dans la fosse

temporale droite une couche de sang noir et coagulé, plus épaisse au fond des impressions digitiformes de l'os : cervelet baigné de sérosité teinte de sang. Le cordon rachidien a suivi en totalité l'évulsion de la protubérance annulaire; sa structure fasciculée était plus apparente que jamais, le croisement très-marqué.

Sous l'arachnoïde, je n'ai trouvé qu'un seul épanchement bien léger; j'en vais donner l'histoire. Dans le cerveau même, soit dans son tissu, soit dans ses ventricules, je n'ai jamais vu qu'une forte injection vasculaire, point d'épanchement véritable.

Le 13 janvier 1821, madame *Lachapelle* fit à l'hospice l'extraction d'un gros garçon qui, depuis vingt-quatre heures, se présentait dans la cinquième position (classification de madame *Lachapelle*), c'est-à-dire l'occiput vers l'ilium gauche, position intermédiaire à la première et à la quatrième de *Baudelocque*. Le forceps avait fait trace sur le haut du cou; une tuméfaction légère s'ensuivit, et se dissipa spontanément le surlendemain. A sa naissance, l'enfant offrit quelques pulsations à l'ombilic; du reste, asphyxie complète, face bouffie et livide, etc. La saignée ombilicale a donné trois cuillerées de sang, et en trois minutes l'enfant a respiré et crié. Il s'est bien porté jusqu'au 20 janvier. Alors, ictère considérable; le 21, amaigrissement; le 22, convulsions violentes, évacuations brunes, déglutition facile, poitrine sonore. (*Sinapisme sur la tête, eau de fleurs d'oranger*, etc.) Convulsions presque continuelles, roideur des lèvres, des membres et des muscles du ventre; peu de plaintes; amaigrissement excessif. Mort dans la nuit du 22 au 23. Peau et tissu graisseux safranés; injection sanguine des capillaires de la peau du crâne, des os, de la méninge et du cerveau, surtout dans les veines. Le cerveau est d'un jaune grisâtre, le *corpus nigrum* (*Sœmmering*); les corps rhomboïdes des olives et du cervelet sont d'un jaune brillant (1); demi-gros de sérosité limpide dans les ventri-

(1) Cet ictère de plusieurs parties essentielles du cerveau serait-il la cause des convulsions? Dans l'ictère, les convulsions sont toujours funestes. (*Levret.*)

cules : enfin, *sous l'arachnoïde de l'hemisphère gauche*, trois à quatre taches de sang concret de la largeur du bout du doigt. Tout le reste est sain. La vésicule biliaire, aplatie, contient un coagulum de bile noirâtre, tenace, et qui s'enlève d'une seule pièce à la pointe du bistouri.

b. L'épanchement séreux peut exister seul ou avec épanchement sanguin. La sérosité s'infiltre souvent autour des thrombus; souvent aussi elle s'épanche dans le crâne. Tantôt c'est à la surface du cerveau; elle le mouille, ainsi que le cervelet, et le baigne de toutes parts. Sa quantité ne va pourtant jamais au-delà d'une grande cuillerée et demie. Tantôt elle est infiltrée sous l'arachnoïde et dans le tissu de la pie-mère, comme on va le voir dans l'observation ci-jointe; tantôt enfin c'est dans les ventricules cérébraux qu'elle se dépose: elle y est un peu trouble, ou plutôt louche, et toujours en petite quantité, une demi-cuillerée tout au plus.

Après un travail de neuf heures, on fit, le 26 janvier 1821, l'extraction d'un enfant de volume ordinaire, et qui présentait les fesses. Extraction facile; cependant asphyxie incomplète, bientôt dissipée, et ce sans insufflation.

Le 1^er^ février, inappétence, ictère, maigreur, ophthalmie à gauche, déjections brunes; plusieurs accès de convulsions. (*Une sangsue à la tempe droite.*) Elle fait saigner beaucoup. Les convulsions cessent; mais l'enfant est faible. (*Sirop d'œillets.*) Le lait ne peut être avalé. Le soir, retour des convulsions, pâleur, roideur, sans plaintes. (*Une sangsue à la tempe gauche, vésicatoire à la nuque.*) Mort dans la nuit. Le vésicatoire avait à peine levé l'épiderme.

L'ictère a laissé les mêmes traces que dans le cas précédent. Toute la substance du cervelet, les centres latéraux, les couches optiques, etc., sont aussi très-jaunes. Peu de sang dans les vaisseaux de la tête, légère ecchymose sous le péricrâne des pariétaux et de l'occipital. Du sang environne les deux lobes postérieurs du cerveau

et tout le cervelet; autour de ce dernier, il est *coagulé*, noirâtre, visqueux : *nul sinus*, nulle grosse veine n'a été ouverte. Le cerveau est, en outre, mouillé de sérosité qui se rassemble à la base; il y en a près d'une cuillerée. *Sous l'arachnoïde*, est infiltrée en assez grande abondance une sérosité jaune et limpide; elle soulève la membrane au niveau des anfractuosités. De la sérosité jaune dans le péricarde et le péritoine. De la bile liquide dans la vésicule.

L'épanchement séreux est toujours un effet, une suite de la pléthore locale, et ordinairement avec lui existe ou épanchement sanguin, ou injection sanguine. Il est des cas, je l'ai déjà dit, où l'on ne trouve rien que cette injection des vaisseaux. Il faut, en pareil cas, procéder à l'examen de la tête avec beaucoup de soins, car si on ouvre un des sinus méningiens, le sang se glisse à la surface du cerveau, et peut simuler un épanchement récent et peu considérable. Pour éviter cet inconvénient, M. *Chaussier* fait enlever avec des ciseaux un pariétal tapissé de sa méninge, on le relève vers son semblable, puis on coupe le frontal et le haut de l'occipital en ménageant ainsi les sinus et les grosses veines de l'encéphale. (*Voy.* Table synoptique de l'ouverture des cadavres.)

Traitement. Le traitement préservatif de l'asphyxie est pure affaire de l'art des accouchemens; terminer un travail trop long, prévenir les compressions, épargner les tiraillemens, etc., tout cela s'entend à merveille. Les convulsions se développant plus tard que l'asphyxie, peuvent être prévenues et enrayées, même lorsque leurs prodromes existent déjà : c'est ce que fait le traitement curatif de l'asphyxie; c'est ce qu'opèrent les déplétions sanguines et les dérivatifs.

Le traitement curatif ne sera pas amplement détaillé ici; mais nous y indiquerons les principales médications.

1.° *Asphyxie pléthorique.* Pour la dissiper, on peut agir sur trois appareils distincts : l'*appareil circulatoire*, le *respiratoire* et le *nerveux*. Il n'est pas toujours nécessaire d'agir sur ces trois appareils;

si l'asphyxie est incomplète, on peut se dispenser d'agir sur les deux derniers; il faut toujours agir sur le premier, ne fut-ce que pour prévenir les rechutes et les convulsions. Il faut agir, soit que la pléthore soit générale, soit qu'elle soit bornée à la tête (accouchemens par la face, compression du crâne, etc.,): mais seulement, dans le dernier cas, on insistera davantage sur la saignée locale que sur la générale. C'est en effet par la saignée qu'on agit sur le premier des trois appareils susdits. La saignée générale s'opère à l'ombilic par la section du cordon; c'est la première chose à faire, c'est la chose indispensable. On laisse couler par les artères une quantité de sang proportionnée aux accidens et à la pléthore; on le reçoit dans une cuillère, et on en tire depuis une jusqu'à quatre à cinq cuillerées. Le sang s'arrête-t-il, on coupe de nouveau le cordon plus près de l'ombilic, en en laissant assez néanmoins pour faire la ligature; plus le cordon est court, et plus le sang s'échappe avec facilité. *Solayrès* a expérimenté qu'un cordon auquel on laisse sept à huit pouces de longueur arrête le sang sans ligature. Quand on a tiré la quantité voulue, on lie les vaisseaux; il n'y faut pas manquer, car une hémorrhagie mortelle pourrait s'ensuivre. Nous avons vu des enfans périr victimes d'une confiance aveugle dans la sagesse de la nature à cet égard. Avant de faire la ligature, il faut être bien décidé à ne pas tirer plus de sang, car c'est en vain qu'on la délierait ensuite; pour l'ordinaire, on ne pourrait plus rien, ou presque plus rien obtenir. Dirai-je qu'il faut employer des ciseaux bien tranchans, ne pas saisir avec les doigts le bout adhérent, etc.? La saignée locale s'opère par les sangsues; deux ou trois sont appliquées aux tempes, derrière les oreilles ou au col. Nous l'employons dans l'asphyxie incomplète et la pléthore cérébrale, dans les prodromes des convulsions. Il faut en surveiller les piqûres, car elles saignent souvent abondamment; et le nitrate d'argent est nécessaire; l'agaric, le vinaigre, etc., sont souvent insuffisans.

M. *Dubois* propose, dans ses cours, l'artériotomie : je n'ai rien à

dire là-dessus que de théorie, et j'en fais grâce au lecteur. Je n'ai pas beaucoup de confiance dans l'excitation du système circulatoire par les tiraillemens du cordon, etc.

Sur l'appareil respiratoire, on agit principalement en soufflant de l'air dans les poumons. L'insufflation se pratique d'ordinaire avec le tube laryngien du professeur *Chaussier*. Si cet instrument n'était déjà aussi généralement et aussi avantageusement connu qu'il le mérite, je me ferais un devoir d'appeler sur lui l'attention des praticiens. « Par son moyen, me disait dernièrement madame *Lachapelle*, j'ai sauvé, tant à l'hospice que dans ma pratique particulière, plusieurs centaines d'enfans qui auraient infailliblement péri, comme périssaient presque tous les enfans asphyxiés, avant que M. *Chaussier* nous eût fait connaître son tube. » J'en ai déjà dit quelque chose; il ne me reste qu'à indiquer les précautions les plus essentielles : 1.° s'assurer que la cannule est dans le larynx, en soulevant son extrémité et la portant à droite et à gauche; on voit alors à travers la peau si le larynx marche avec elle ou s'il reste immobile; 2.° souffler avec modération et par alternatives qui permettent à l'air de sortir et qui imitent les mouvemens de la respiration; 3.° presser un peu la poitrine dans les intervalles pour simuler l'inspiration; 4.° nettoyer de temps en temps le tube des mucosités qu'il contient.

On excite aussi l'appareil respiratoire en frictionnant le thorax, en y jetant de l'eau froide en gouttelettes, en abstergeant et enlevant les mucosités de l'arrière-bouche, et stimulant la luette et la glotte avec la barbe d'une plume, etc.

L'appareil nerveux est excité aux différentes surfaces libres; ainsi les frictions sèches ou alcoholiques, ou vinaigrées, le bain chaud aiguisé de vin ou de vinaigre, les linges chauds, le chatouillement des mains et des pieds, les lavemens, les suppositoires, qui en outre provoquent des évacuations utiles; l'excitation de la pituitaire avec une plume, avec la vapeur de l'éther, de l'alcali volatil; la stimulation de la langue par un peu de vinaigre, une goutte d'éther étendue d'eau; peut-être l'excitation de l'organe de la vue par

une vive lumière; voilà à peu près tous les moyens de ce genre que l'on peut mettre en usage. Ce sont, comme on voit, tous moyens prompts, extemporanés comme l'affection qu'ils doivent combattre. J'ai dit ailleurs avec quelle persévérance on devait insister sur leur emploi. Il est si doux de rappeler à la vie, de ressusciter un enfant mort en apparence! Cette idée doit encourager et soutenir la patience de tout médecin digne de ce nom.

2.° *Les convulsions* requièrent des médications aussi promptes, mais plus persistantes. C'est aussi sur trois appareils qu'on agit avec avantage : le circulatoire, le nerveux et le digestif. La saignée locale est à peu près la seule applicable aux convulsions; mais elle peut, par son abondance, produire des effets aussi avantageux que la générale; on en trouvera la preuve dans les deux observations qui terminent cet article. Les sangsues doivent être généralement appliquées du côté de la tuméfaction ; mais le plus sûr encore, si l'on en met plusieurs, c'est d'en mettre des deux côtés, et d'en faire suffisamment saigner les piqûres. J'aime mieux qu'on les applique derrière les oreilles qu'aux tempes ; on se rapproche ainsi davantage du siége ordinaire de l'épanchement, s'il existe.

Une irritation passagère du système nerveux serait ici de peu d'utilité ; il faut une action persistante ; c'est ce qu'on obtient de frictions ammoniacales le long du rachis, d'un sinapisme allongé sur la même région, d'un vésicatoire au dos, à la nuque, et peut-être sur la tête. *Guillemeau* proposait jadis « un cautère au derrière de la tête, à la nuque du cou, entre la première et seconde vertèbre du petit enfant; ce que (ajoute-t-il) j'ai fait à quelques-uns, et se pratique à Florence aussitôt qu'ils sont nés, même ils appliquent avec le cautère actuel. » (L'Heureux accouchement, p. 656.) On peut encore agir sur les nerfs au moyen des antispasmodiques ; c'est comme telle que *Rhodion* vantait la thériaque. Nous n'avons jamais employé que l'eau de fleurs d'oranger, de tilleul, de menthe ou de mélisse : les sirops d'œillets, de kina, d'écorce d'orange, comme toniques, nous ont paru quelquefois utiles. Mais la thériaque nous

est suspecte à cause de l'opium qu'elle contient. Madame *Lachapelle* a vu beaucoup d'enfans, même sains, frappés de narcotisme pour avoir pris un gros ou un gros et demi de sirop diacode ; plusieurs en sont morts ; peut-être la dose avait-elle été plus forte (j'ai été témoin d'un de ces derniers faits) : aussi maintenant a-t-on bien soin d'éloigner des nourrices toute potion calmante ; car c'était pour procurer du sommeil à leur enfant et à elles-mêmes que plusieurs d'entre elles ont causé ces funestes événemens.

L'appareil digestif doit être aussi stimulé, et surtout débarrassé. Les évacuations alvines produisent constamment un mieux remarquable : on aura donc recours aux lavemens, aux suppositoires, au sirop de chicorée, de fleurs de pêcher, à quelques grains de mercure doux.

Donnons maintenant un des nombreux exemples du succès de cette méthode curative.

Madame *Lachapelle* amena par les pieds un gros enfant, dont la tête était restée pendant vingt-quatre heures au détroit supérieur. L'extraction fut très-pénible et très-longue, à cause du volume de l'enfant et de l'étroitesse des organes de la mère. Aussitôt après la naissance, il commença à respirer, mais faiblement, sans cris ni plaintes ; il était généralement violacé, presque immobile, et les membres flasques et sans force (asphyxie incomplète, pléthore). La saignée ombilicale donna trois cuillerées et demie de sang. Bientôt après la respiration se ranime, l'enfant dégourdi s'agite, crie, et suce le doigt qu'on met dans sa bouche. Cependant il ne rend pas son méconium, et, une heure après la naissance, il retombe dans l'assoupissement ; quelques roidissemens l'interrompent ; les mains sont fermées et serrées, la mâchoire inférieure appuyée contre la supérieure, les yeux fixes et un peu tournés en haut. (*Suppositoire de savon, une sangsue de moyenne grosseur à chaque tempe.*) Le méconium s'évacue, et l'enfant se réveille encore une fois. Une heure après l'application des sangsues, il s'agite, il tète,

il crie, et continue dès-lors à se bien porter : il a conservé pendant quelques jours un peu de pâleur.

Tous ces moyens-là sans doute ne sont vraiment efficaces que quand il existe seulement pléthore locale, injection vasculaire. Je crois pourtant que les épanchemens peuvent se résorber : l'absorption est si active chez les nouveau-nés ! Ce soupçon n'est pas tout-à-fait hypothétique : outre les cas d'enfoncement du crâne que la guérison a suivi sans aucun accident (enfoncement, donc fracture; fracture, donc épanchement), je possède une observation dans laquelle ces accidens ont existé, et ont en quelque sorte décélé l'existence d'un épanchement, sans avoir pourtant causé la mort.

Dans le mois de janvier 1820, une femme enceinte pour la troisième fois arrive à l'hospice, en travail depuis quelques heures. De ses deux autres enfans, l'un a été extrait par le forceps; il est mort : l'autre par la version; il a vécu. Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal est estimé à trois pouces et un quart. On profita de l'intégrité des membranes pour aller en sûreté saisir les pieds de l'enfant. Le fœtus sortit (*précédé du placenta presque spontanément décollé*) assez aisément jusqu'à la tête. Celle-ci était au détroit supérieur, la face tournée à gauche. On tira violemment (et j'en étais) sur la mâchoire inférieure et sur les épaules; un craquement se fit sentir, et la tête entra dans l'excavation. Le craquement nous inquiétait; nous suspendîmes ces tractions; mais la tête sortit brusquement, poussée par les muscles abdominaux. Le pariétal gauche, qui avait passé devant l'angle sacro-vertébral, était enfoncé d'un demi-pouce de profondeur, et dans une largeur d'environ deux pouces. Etait-ce au ploiement subit de l'os qu'avait été dû le craquement? ou bien s'était-il produit par la distension des articulations vertébrales? Je n'en sais rien au juste; je sais seulement que bien souvent une extraction difficile a produit le même phénomène sans plus de danger pour l'enfant. Celui-ci était mou, pendant, immobile, violacé; mais le cordon ombilical, gorgé de sang, pulsait avec assez de force; deux à trois cuillerées de sang s'écoulèrent

après sa section. L'enfant se ranima peu à peu ; il évacua bientôt son méconium, et commença à crier. Une heure après la naissance, bâillemens continus, froncement des lèvres, et torsion de la bouche vers le côté *gauche;* clôture spasmodique de l'œil *droit*, immobilité du *gauche :* roideur des mains; les doigts étendus et écartés, le pouce seul fléchi, ainsi que la dernière phalange d'un des index ; roideur des bras et des jambes. Ces symptômes reviennent par accès de dix en dix minutes; chaque accès est précédé de plaintes légères. *Deux sangsues* sur la tempe et le pariétal gauches ont tiré beaucoup de sang, mais leurs piqûres ne saignent pas. Les convulsions ont continué le soir et la nuit en s'affaiblissant de plus en plus. Le lendemain l'enfant buvait, il tétait le surlendemain. La dépression s'est en quinze jours presque entièrement effacée. Cet enfant, du sexe féminin, pesait huit livres au moment de sa naissance.

5.° *Induration du tissu graisseux.*

Je ne prétends point entrer ici dans de longues discussions sur la cause prochaine, sur la nature intime de cette maladie. Je ne rappellerai point les ridicules idées de ceux qui l'ont regardée comme spasmodique, comme primitivement inflammatoire, etc. Je m'en tiens à ce que la vue et le toucher me démontrent. Je ne changerai donc point la dénomination reçue : endurcissement, induration, peu m'importe. Le mot de *sclérème*, adopté par M. *Chaussier*, signifie absolument la même chose, et je l'emploierai comme les autres pour diversifier les expressions et sauver la monotonie.

Prédispositions. Tous les enfans, même les plus robustes, sont susceptibles de contracter cette maladie, mais non pas au même degré ni avec le même caractère. Nul n'y est plus exposé que les enfans nés avant terme ; et, plus souvent que les autres, ils sont pris d'un endurcissement général. Les enfans maigres et faibles viennent ensuite, et offrent absolument les mêmes prédispositions, mais à un degré plus faible. Les enfans vigoureux et jouissant d'un

certain embonpoint sont plus exposés à l'endurcissement partiel; chez eux il passe moins souvent à l'état inflammatoire (*Voy.* plus bas), et guérit bien plus aisément. Ils sont aussi moins exposés aux complications dangereuses, et moins violemment frappés par elles. Ceux dont la peau est rouge sont plus exposés à la variété œdémateuse que ceux dont elle offre une teinte jaunâtre.

Causes. Le froid est la cause essentielle, on n'en peut douter; c'est dans l'hiver qu'on voit les enfans endurcis abonder dans nos hospices; l'été n'en présente presque pas : tout au plus en voit-on un, par hasard, tous les deux ou trois mois, quand la saison est chaude. Plus l'hiver est rigoureux, et plus le nombre des malades est considérable, plus les maladies sont intenses. C'est généralement vers septembre que le mal commence à paraître; c'est vers mai qu'il commence à cesser. On ne l'observe point chez les gens riches, dont les enfans sont chauffés, couverts et enveloppés avec la plus scrupuleuse attention Dans l'hiver dont nous sortons maintenant, on a trouvé moyen de tenir plus chaude la grande salle (la Crèche) des Enfans-trouvés; aussi l'induration s'est-elle montrée bien plus rarement que dans les hivers précédens. Ajoutez à cela qu'on ne rencontre point cette affection dans les contrées méridionales. Comment, après cela, expliquer sa rareté dans des pays pour le moins aussi septentrionaux que le nôtre? dans l'Allemagne, par exemple. Un jeune médecin de Berlin, le D.r *Casper*, m'assurait, l'année dernière, qu'on ne voyait presque jamais cette maladie chez eux. M. *Hufeland*, dans ses journaux, citait l'année 1809 comme en ayant donné beaucoup, et ce grand nombre ne dépassait presque pas la quinzaine, tandis que chaque hiver en produit des centaines aux Enfans-trouvés de Paris. Cette singularité m'a été confirmée par deux médecins dont l'expérience ne peut être révoquée en doute, M. *Albers* de Bremen et M. *L. Frank* de Vienne.

Quelque inexplicable qu'elle soit, il n'en est pas moins constant que le froid est chez nous une source incontestable des endurcisse-

mens; il est même certain, ou peu s'en faut pour mon compte, que le froid humide produit plutôt la variété œdémateuse, et le sec la variété concrète; c'est une raison à joindre à tant d'autres pour condamner les bains froids proposés par *Rousseau*, à l'exemple de certaines nations demi-barbares. Rien n'est plus nuisible aux nouveau-nés que le froid : c'est une chose remarquable que la facilité avec laquelle ils se refroidissent, surtout s'ils sont un peu faibles, surtout s'ils sont nés avant terme. Eloignez-les quelque temps du feu, dans une chambre peu chaude, et bientôt, quoique bien couverts, vous trouverez les mains, les pieds, et la face glacés. Or, ce sont aussi ces parties qui s'endurcissent les premières.

Symptômes, durée, terminaison. Avant de rien dire de général, je crois nécessaire de distinguer deux variétés de sclérème; l'*œdémateux* et le *concret* : nous nous éviterons ainsi bien de l'équivoque, et même des contradictions.

La première variété suit quelquefois un véritable œdème. L'œdème est souvent aussi produit par le froid ; il n'attaque d'ordinaire qu'une partie peu étendue, une main, un pied, par exemple. Cet œdème guérit spontanément, ou par l'emploi de quelques résolutifs, et surtout de la chaleur; quelquefois un peu de desquamation le suit. Je l'ai vu une fois général (anasarque), et il est devenu mortel; mais il était, en quelque sorte, congénial. En voici l'histoire. Le 10 février 1821 une femme, lymphatique et fortement infiltrée depuis son cinquième mois, affectée en même temps de varices aux jambes, accoucha d'un enfant peu volumineux (quatre livres) que précéda une énorme quantité d'eau, et que suivit un placenta mou, fongueux, double en volume d'un placenta ordinaire, et pesant deux livres et deux onces. Le cordon ombilical, infiltré de sérosité visqueuse, avait partout un pouce de diamètre, une ligature le coupait en totalité, sans grand effort; et un effort médiocre suffit pour le rompre dans son milieu, puis à son attache au placenta. Par comparaison, j'essayai les mêmes efforts sur un cordon très-

grêle, et je ne pus parvenir à le rompre ni à le couper avec le fil. Le premier, en se desséchant, s'est réduit à une mince pellicule.

L'enfant était faible, il tétait à peine, mais buvait fort bien le lait qu'une nourrice rayait dans la cuillère. Le 11 février, il commença à s'infiltrer de toutes parts ; le 12, l'anasarque augmenta, surtout aux membres ; dans la journée, mort presque subite. La sérosité infiltrée était jaune : il y en avait un peu dans l'abdomen ; le foie était volumineux, la vésicule distendue par la bile ; sur le colon se voyaient quelques taches rouges, comme des érosions du péritoine. Le sommet du poumon gauche gagnait le fond de l'eau, le reste surnageait.

Le sclérème œdémateux commence ordinairement aux mains et aux pieds. Ces parties sont violacées, froides, bouffies, œdémateuses, offrant souvent une sorte de demi-transparence ; c'est surtout la région sus-tarsienne et la sus-carpienne qui sont boursoufflées. La rougeur augmente avec la tumeur : celle-ci prend plus de compacité, de résistance ; elle reste froide, et donne l'image d'une vraie stase des humeurs circulatoires. La plante des pieds partage bientôt cet état : elle devient convexe et résistante ; le gonflement se propage aux jambes et aux avant-bras, surtout à la partie postérieure des premières, et interne des seconds ; quelquefois il gagne les cuisses, plus rarement les bras et le thorax. Toujours rougeur violacée, tumeur, froideur, dureté médiocre et un peu pâteuse, conservant l'empreinte d'un doigt fortement appuyé. Quand la maladie a fait certains progrès, on voit survenir un resserrement des mâchoires, déjà noté par M. *Andry* (Mém. société de médec.) ; reconnu par *Lodemann*. (*Voy.* Bibl. médic., tome 35.) C'est un véritable trismus qui empêche l'enfant de téter ; il boit cependant sans peine ; il est affaissé : s'il crie, c'est quand on l'agite ; ordinairement son cri est faible, et le thorax, percuté, rend un son mat dans une partie de son étendue. Bien rarement le spasme se propage aux muscles du dos ; il se déclare un véritable opisthotonos : l'enfant, quoique très-débile, peut être soulevé comme d'une seule

pièce, du moins pour le tronc, en le prenant par la tête. La mort arrive vers cette époque, et c'est du quatrième au septième jour. *Sept jours étaient aussi la durée de la maladie observée par* M. Andry.

Quand on emploie la chaleur humide à combattre cette affection, on voit quelquefois chez les enfans un peu robustes les parties les plus profondément atteintes s'échauffer sans perdre leur tuméfaction, et conserver hors du bain cette même chaleur; on les voit se ramollir et prendre une rougeur vive; peu après, la tuméfaction s'accroît avec la chaleur, la rénitence, etc., qui caractérisent l'inflammation; le spasme cesse, mais la fièvre prend sa place: *febris superveniens spasmum solvit;* la maladie se prolonge, et l'enfant crie et paraît souffrir davantage; il s'affaiblit, s'amaigrit, s'use peu à peu, et succombe vers le quinzième ou seizième jour : c'est l'époque indiquée par *Hulme*. Je n'ai jamais vu s'ensuivre la suppuration ni la gangrène. Je compare, dans ce cas, la maladie aux *engelures* des adultes. Chez eux, d'abord froid, stase du sang, dureté, tumeur : bientôt la tumeur s'échauffe, devient douloureuse, prend une teinte d'un rouge vif; bref, elle s'enflamme. Quelquefois encore, surtout si la maladie est négligée ou mal soignée; quelquefois même, malgré les bains, etc., surtout si l'on ne peut procurer une nourrice à l'enfant, le gonflement, la dureté augmentent, et se rapprochent de ceux du sclérème concret; l'enfant s'affaiblit peu à peu, et il meurt bientôt, même sans qu'il se déclare de complication fâcheuse. C'est toujours un très-mauvais augure que cette augmentation de dureté. Elle conserve cependant toujours une certaine ductilité, et reçoit l'impression du doigt appuyé un peu fortement.

Dans des cas plus heureux la tumeur se ramollit et s'échauffe aussi, mais en même temps elle diminue. Elle diminue bien plus encore pendant l'application de la chaleur sèche qu'on fait succéder à celle du bain. L'enfant guérit; il reprend bientôt toute sa force, et rétablit toutes ses fonctions.

La deuxième variété ou sclérème concret, bien plus rare que l'autre,

occupe surtout les joues, les jambes et les avant-bras, puis les cuisses, l'abdomen, le thorax, le cou, et enfin toute la surface du corps.

On trouve ici, dès le premier moment, une dureté considérable, jamais pâteuse, et quelquefois telle, que la percussion donne le bruit d'un corps dur, comme serait du bois, par exemple. Ordinairement la peau est pâle ou jaunâtre; quelquefois elle est d'un rouge violacé, moins livide pourtant que celui de la première variété, et *que la pression ne fait pas disparaître.* Toutes les parties durcies glacent la main qui cherche à les échauffer; un bain de vapeur d'une demi-heure ne les réchauffe souvent pas; l'eau se rassemble promptement en gouttelettes et se refroidit à leur surface. Tous les membres sont roides, presque immobiles; le trismus, le tétanos, les symptômes péripneumoniques, surtout ce cri ou gémissement débile que M. *Auvity* donne comme caractéristique (Mém. soc. méd.); tout cela est plus prompt, plus constant que dans la première variété, à moins que l'induration ne soit bornée à une partie peu étendue. Cependant l'appétit, la digestion, les déjections vont aussi bien et peut-être mieux que dans la première variété, à moins que le mal ne soit à son dernier degré de gravité. Si l'enfant guérit, c'est par un ramollissement graduel: ordinairement le centre de la dureté persiste plus long-temps dans son état maladif; c'est le gras de la jambe qui d'ordinaire le conserve le dernier; l'inflammation est bien plus rare, si même elle a jamais lieu. En cas de guérison la maladie peut durer huit à dix jours; quand elle est mortelle, c'est le plus souvent vers le troisième ou quatrième jour. Quelquefois la dureté diminuait et le sclérème paraissait en bonne marche; mais la dyspnée et l'affaiblissement suivaient une marche contraire; ils croissaient de jour en jour, jusque vers le dixième, et alors enlevaient le petit malade.

S'il est des cas où les deux variétés sont bien distinctes, il en est aussi, quoiqu'en nombre inférieur, dans lesquels elles semblent se confondre, ou se compliquer mutuellement; c'est peut-être le cas le plus ordinaire des avortons. Là les symptômes se mélangent,

et cette confusion est peut-être cause qu'il ne règne pas encore dans les descriptions qu'on vient de lire toute la clarté, toute la certitude qu'il serait possible de leur donner.

Complications. Elles sont en assez grand nombre. *a.* L'ictère complique souvent l'une ou l'autre variété dans leurs diverses périodes; il paraît cependant de préférence dans la deuxième période (diminution) du sclérème concret; il n'a par lui-même rien de bon ni de mauvais; c'est une complication insignifiante qui disparaît avec la maladie principale.

b. Les pustules siphilitiques accélèrent l'inflammation du tissu graisseux et par conséquent la mort; ou bien elles agissent d'une manière non moins funeste par la cachexie qu'elles impriment à l'enfant.

c. L'œdème fait partie essentielle de la première variété, dont il compose pour ainsi dire la première période; quelquefois on voit œdème à une main et sclérème à l'autre.

d. Je ne crois pas avoir observé de péritonite avec induration; mais il en est une presque constante, et qu'on doit regarder comme une des causes les plus ordinaires de la mort.

e. C'est la pleuro-pneumonie. La dyspnée, l'impossibilité de téter, la faiblesse et le timbre spécial des gémissemens ont été notés par M. *Andry* et ses copistes; c'est presque toujours à la pleuro-pneumonie qu'il faut rapporter tout cela; on n'y voit point de toux, mais il n'en faut pas conclure contre ce que j'avance; car on ne doit pas chercher ici les mêmes symptômes que chez l'adulte : j'en ai parlé plus amplement ailleurs, et on peut se rappeler que la percussion est le moyen principal de diagnostic. Nous verrons tout à l'heure que ce que j'ai dit est basé sur l'examen anatomique.

La pleuro-pneumonie paraît souvent dès la première période; quelquefois seulement dans la deuxième; elle complique beaucoup plus ordinairement le sclérème concret que l'œdémateux.

f. Une dernière complication que je n'ai vue qu'une fois, mais qui peut-être est plus fréquente, c'est l'inflammation d'une capsule synoviale. Voici le fait : chez un enfant arrivé au quatrième jour d'un sclérème concret des jambes et des bras, j'avais reconnu un abcès au-dessus de la rotule gauche; l'enfant était très-faible; il mourut, et j'en fis l'ouverture. Tous les organes intérieurs étaient sains; mais l'abcès communiquait avec l'articulation du genou, dont les surfaces étaient rouges et la cavité pleine de pus.

Diagnostic. Si dans la première période la pâleur ou la lividité de l'endurcissement, sa dureté, ou son œdème, le froid surtout qui le caractérise distinguent manisfestement notre affection de l'érysipèle, il n'en est pas ainsi de la variété œdémateuse dans sa période inflammatoire. C'est ce qui a fait prendre le change à M. *Andry* et autres, sur les expressions d'*Underwood*. Les *éruptions inflammatoires anomales* de cet auteur ne sont autre chose que l'érysipèle, et voilà pourquoi, d'après *Underwood*, M. *Andry* a porté son attention sur la région pubienne; c'est assurément dans son livre, et non à l'hôpital, qu'il a vu cette région ou seule ou la première endurcie.

Quelques autres affections ressemblent un peu à l'induration. Je ne ferai que nommer l'œdème. Je ne parlerai point du gonflement qui accompagne les pustules siphilitiques. Je ne connais pas assez le tétanos des Antilles pour en parler ici dans un sens ou dans un autre; cependant je soupçonne entre ces deux maladies quelque analogie : c'est à ceux qui l'ont observée sur les lieux à en décider.

Prognostic. C'est en général une maladie dangereuse que l'endurcissement; mais le danger varie beaucoup suivant les circonstances. Ainsi, si les causes productrices continuent à agir, il est inévitablement mortel; s'il est très-considérable, très-étendu en largeur et aussi en profondeur, il est très-fâcheux, et le plus souvent funeste.

Si on est privé des secours nécessaires, et surtout de nourrices, il est mortel, pour peu qu'il soit considérable. Mais, est-il borné à une petite surface, l'enfant est-il bien chauffé, bien nourri, le sclérème pourra guérir spontanément.

En général, la variété œdémateuse est moins dangereuse. Elle est plus lente dans sa marche; mais elle cède plus constamment. La concrète tue ou guérit promptement : si elle est générale, il n'y a guère de ressources; si elle envahit toute l'épaisseur d'un membre, il n'y a guère d'espérance. L'inflammation, le tétanos et la pleuropneumonie, voilà encore trois circonstances du plus mauvais augure, et presque certainement mortelles. La siphilis, la naissance prématurée, la faiblesse de constitution, la diarrhée, la résistance à l'introduction du calorique, sont aussi très-défavorables.

Examen anatomique. Suivant MM. *Andry* et *Auvity*, le tissu graisseux est infiltré de sérosité; suivant *Hulme*, dont le mémoire (soc. de méd.) porte l'empreinte d'une stricte observation, ce tissu est sec et la graisse concrète. Cette discordance n'a rien qui doive surprendre; on rencontre en effet les deux dispositions, et le lecteur a déjà prononcé que chacune appartient à une variété différente. La couleur du tissu varie aussi suivant celle de la peau; la lividité est due à l'injection d'un sang noir et visqueux, quoique fluide, dans les veines capillaires. A quelque époque de la maladie que j'aie ouvert les cadavres, je n'ai jamais trouvé de pus dans le tissu graisseux.

Les organes intérieurs méritent une grande attention; ils offrent souvent des lésions remarquables.

1.° Dans la tête on trouve, suivant M. *Auvity*, des épanchemens de sang. Nous avons vu que cela arrivait quelquefois dans les convulsions; or, elles peuvent compliquer le sclérème : mais, quand il était simple, jamais je n'ai vu autre chose qu'un amas de sang noir et fluide dans les vaisseaux capillaires et principaux du cerveau, tant artériels que veineux; encore n'était-ce guère que dans l'indu-

ration concrète. Serait-ce là la cause du tétanos? Je rappellerai au lecteur ce que j'ai dit plus haut des précautions nécessaires pour examiner sans erreur les organes contenus dans le crâne du fœtus; je n'ose en faire l'application aux observations de M. *Auvity*.

2.° *Thorax*. D'après M. *Andry*, les poumons sont gorgés *d'air* et de sang. Dans les observations précieuses de *Hulme*, les poumons offraient de véritables restes d'inflammation. « *In sinistro thoracis latere, totus lobus pulmonis inflammationis signa exhibuit: coloris valdè lividi erat, et quandò incisus fuit, magis solidus et ponderosus quàm naturaliter esse solet*, habitum *lienis potiusquàm pulmonis quodammodò repræsentans, et in aquam injectus fundum versùs tendebat.* » Il ne manque là qu'un épanchement séreux et floconneux dans la plèvre pour que sa description s'accorde avec ce que j'ai dit de la pleuro-pneumonie, et avec ce que j'ai vu très-souvent. Je n'ai pas fait assez d'ouvertures pour prononcer au juste; mais, si je ne me trompe, *plus de la moitié des sclérèmes mortels offrira des traces de pleuro-pneumonie.*

3.° L'abdomen ne m'a rien offert de particulier, *ni dans le mésentère*, ni dans aucun autre organe.

Traitement. Divisons-le en *externe* et en *interne*. Le premier comprend la chaleur et les topiques.

a. La chaleur sèche du lit, des vêtemens de laine, et celle des appartemens, est un puissant auxiliaire de la chaleur humide; elle achève et perfectionne ce que celle-ci n'a fait que commencer : mais il est rare que *seule* elle suffise pour une guérison complète. La variété œdémateuse est celle qui lui cède le plus aisément. J'ai vu un enfant qui en était affecté à un degré très-considérable dans toute l'étendue des quatre membres, être entièrement ramolli en deux jours de temps par la seule chaleur sèche; un bain de vapeur a terminé l'affaire. Mais la variété concrète ne guérira jamais ainsi qu'autant qu'elle sera très-peu étendue, très-superficielle, et que

l'enfant sera robuste. Les bains tièdes, soit simples, soit aromatiques, comme les employait M. *Andry,* ont bien plus d'énergie ; j'ai guéri ainsi deux ou trois enfans affectés de l'une ou l'autre variété à un degré et dans une étendue médiocres. Dans le mois de janvier 1821, un enfant du terme de sept mois, long de quatorze pouces, faible, maigre, et à peau rouge et molle, fut amené par les pieds. Le lendemain de sa naissance, on le trouva très-froid, quoique enveloppé presque de toutes parts d'un oreiller de plume : les pieds, les mollets et le bas des jambes, plus froids que le reste, étaient gonflés, rouges, durs et œdémateux ; point d'ecchymose qui pût faire croire que c'était l'effet d'une violence extérieure. Premier jour, un bain tiède. Jours suivans, bains de jambes répétés deux fois par jour ; pour nourriture, du lait rayé dans une cuiller. Bientôt après il a tété. En cinq jours il a été guéri, et a été envoyé, âgé de quinze jours, aux Enfans-trouvés.

Le bain de vapeur a bien plus d'efficacité. Quand on y peut joindre un bon régime, il guérit presque tous les enfans endurcis avec ou sans œdème, pourvu qu'ils ne soient point réduits à un degré de faiblesse trop considérable par une disposition cachectique, par une naissance prématurée, par une constitution excessivement débile, ou par les progrès d'un sclérème négligé pendant plusieurs jours. Dans l'hiver de 1820 à 1821, j'ai guéri cinq à six enfans, affectés assez gravement, en les exposant à la vapeur de l'eau chaude pendant une demi-heure chaque jour. Un vase ordinaire rempli d'eau bouillante, qu'on renouvelle au besoin, suffit quand on n'a qu'un seul enfant à soigner. On l'enveloppe lâchement d'une serviette attachée autour du cou ; cette serviette forme une sorte de cylindre creux qu'on met au-dessus du vase. Ce moyen ne saurait suffire quand on a affaire à un grand nombre de malades ; l'administration y a pourvu pour l'hospice des Enfans-trouvés. M. *Peligot,* administrateur spécial de cette maison, y a fait construire une étuve vitrée, au centre de laquelle est disposé un hamac de toile claire (treillis) capable de contenir depuis six jusqu'à douze enfans nou-

veau-nés. La vapeur d'eau, fournie par la chaudière de la buanderie, arrive, au moyen d'un tuyau, jusque sous le hamac, et de là elle monte dans l'étuve. Les enfans y sont couchés nus, et on les y laisse, vingt minutes ou une demi-heure, exposés à une température de 30 à 35 degrés du thermomètre de *Réaumur*, ou à peu près de 36 à 42 centigrades. C'est un spectacle intéressant que de voir ces enfans étendre leurs petits membres avec une sorte de volupté: toutes plaintes cessent dès qu'ils sentent la chaleur; elles recommencent dès qu'elle baisse de quelques degrés, ou qu'elle dépasse quelque peu le 35^{e} deg. de *Réaumur*. Ces bains paraissent exciter fortement leur appétit; car, vers la fin, on les voit exercer des mouvemens de succion très-violens, et dès qu'on les tire du bain ils tètent avec avidité. Quelquefois, dans le bain même, les enfans sont affectés d'une espèce de hoquet continu; il n'a rien d'inquiétant tant que l'enfant ne se plaint point. Un bain suffit quelquefois pour la guérison; plus souvent il en faut quatre à cinq. Quand on est forcé d'en administrer davantage, ordinairement on a affaire à une maladie qui prend la tournure inflammatoire. Quand le sclérème est borné à une partie peu étendue, on se contente quelquefois d'exposer cette partie à un courant de vapeur chaude. Pour cela, un tuyau latéral donne un jet en forme de douches; on approche plus ou moins de son ouverture la partie malade, suivant qu'on veut l'exposer à une chaleur plus ou moins grande: on a souvent réussi de cette manière. En ôtant les enfans du bain, on les essuie avec soin, on les enveloppe de vêtemens chauds, et l'on entretient la température de l'air à 20 ou 22 degrés *R.*; précaution essentielle pour conserver, continuer et accroître l'effet de la fumigation.

b. Les topiques, quels qu'ils soient, n'ont pas une grande utilité; ils n'en ont aucune du moins qui soit comparable aux moyens dont je viens de parler. En vain fera-t-on des frictions alcoholiques, aromatiques, ammoniacales, etc., on risquera peut-être de produire l'inflammation, et voilà tout. Je craindrais la même chose du vési-

catoire, lui qui a si bien réussi à M. *Andry;* il n'est d'ailleurs évidemment applicable qu'à la variété œdémateuse. J'aimerais mieux l'appliquer au thorax, dans le cas de complication de pleuropneumonie tirant à sa fin. Cette complication demanderait d'ailleurs peut-être un traitement spécial, des sangsues, par exemple : mais la débilité est si à craindre dans l'endurcissement, que je n'ai jamais osé en parler aux Enfans-trouvés; je n'y avais pas assez de crédit pour contrevenir à la routine habituelle. A la maison d'accouchement, je n'ai point trouvé de cas qui me parût exiger un pareil traitement; mais voici un fait en faveur du vésicatoire. Une fille de cinq livres et demie, née au moyen du forceps, après un long travail (quatrième position), resta dans un état de faiblesse tel, qu'elle ne pouvait avaler que le lait qu'une nourrice faisait couler dans sa bouche. Le 2 janvier 1821, troisième jour après la naissance, cris presque nuls, voix faible et sifflante; dureté des joues, surtout de la gauche (sclérème concret); œdème de la main droite et du pied gauche, dureté de la jambe et de la cuisse gauches et de l'avant-bras droit (sclérème œdémateux, maladie mixte). Le thorax résonne bien en avant, mais très-mal en arrière. (*Vésicat. sur le sternum, vêtemens de laine.*) Le lendemain, même état, amaigrissement : le vésicatoire n'a pas bien pris. (*Il est renouvelé; bain de vapeur de trois quarts d'heure, sirop d'œillets, lait*) Les deux jours suivans, même prescription. Le 5 janvier, toute dureté, tout gonflement, tout œdème avait disparu; la voix était forte, l'enfant tétait. Alors parurent des aphthes sur la langue, les lèvres, le palais, etc.; diarrhée verdâtre. (*Suppuration du vésic.; miel rosat, eau d'orge.*) L'enfant allait mieux vers le 8; on sécha le vésicatoire. Peu après, retour des aphthes, amaigrissement, et mort le 15 janvier.

Ecchymose encore marquée sous le péricrâne; un petit abcès sur le frontal gauche (une des branches du forceps avait porté là); beaucoup de sang noir et liquide dans les veines cérébrales; épanchement de sang brunâtre, demi-coagulé, autour des lobes posté-

rieurs du cerveau et de tout le cervelet ; cerveau mou et rougeâtre, sérosité jaune dans ses ventricules. Le canal artériel, etc., était rétréci, presque fermé. Un peu de rougeur vague vers le pylore, et moins encore dans le reste du tube digestif. Un peu de sérosité jaune et visqueuse dans le péritoine. Du reste, poumons très-sains, tissu graisseux sans altération. La cause de la mort est bien évidente, d'une part l'épanchement crânien; de l'autre le marasme, entraîné par les aphthes, en voilà bien assez. Le sclérème était guéri, et la pneumonie l'était également.

Traitement interne. Suivant M. *Andry*, les cordiaux, le kina, sont les médicamens qui ont paru les plus utiles, soit en France, soit en Angleterre. J'ai fait, à quatre reprises différentes, pendant environ un mois chaque fois, le service d'interne aux Enfans-trouvés ; en ce moment encore j'en suis provisoirement chargé : j'y ai constamment observé que sans kina, sans cordiaux et sans aucune drogue, presque tous les enfans guérissaient au moyen des bains de vapeur, quand il y avait des nourrices dans la maison : à peine alors périssait-il un quart des malades. Dès que chaque nourrice, munie d'un enfant, était partie pour la campagne ; dès qu'on revenait à la bouillie, au lait de vache ou de chèvre, tout périssait ; et à grande peine sauvait-on un quart des malades. Du lait, et du lait de femme, c'est là le vrai cordial, la vraie panacée des enfans ; sans lui point de salut ; sans lui les autres moyens sont presque de nul effet. Qu'on n'aille pas pourtant outrer mes assertions : le lait ne guérit point seul la maladie ; mais le bain de vapeur ne guérirait guère sans lui. Ce n'est pas non plus que je blâme l'emploi mesuré de *quelques fortifians*, conjointement avec celui du lait, pour les enfans débiles ; pour les avortons, par exemple. Mais hélas ! ce sera, pour l'ordinaire, bien inutilement qu'on prendra de pareils soins chez ces derniers. Chez eux les organes, encore imparfaits, ne peuvent remplir les fonctions de la vie extra-utérine ; leur estomac ne peut digérer le lait, vomissemens ; l'intestin ne peut garder

le peu qui traverse le pylore, diarrhée ; le foie fait mal sa sécrétion, ictère; le poumon se dilate imparfaitement, dyspnée; enfin les vaisseaux et le cœur sont sans énergie, refroidissement, marasme. C'est en vain qu'on s'agitera autour de ces êtres abortifs avec tout l'appareil de l'hygiène et de la thérapeutique : c'est du sang qu'il faut pour les nourrir ; c'est par l'ombilic qu'ils devraient prendre leur nourriture. Si les alimens les plus légers ne sont pas supportés par leurs organes, comment le seront des médicamens excitans, qui nuisent même aux enfans les plus robustes ? Rien, en effet, n'est plus nuisible aux enfans que les médications intempestives; j'en vais donner des preuves convaincantes.

Dans l'année 1820, une Auvergnate m'apporta son enfant, âgé de cinq mois, et qu'elle allaitait elle-même. Cet enfant n'était plus qu'un squelette; exceptons-en pourtant l'abdomen, qui, énormément boursoufflé, faisait à lui seul plus de volume que tout le reste du corps. Ce petit malheureux ne dormait point; il avait une diarrhée continuelle de matières verdâtres ; l'abdomen était bleuâtre, peu sensible, résonnant à la percussion, et parcouru de veines saillantes. Je n'ose prononcer qu'il y avait *péritonite chronique* : cet état durait depuis trois semaines. Après bien des questions, je parvins à m'assurer que cette femme, craignant que son lait ne fût pas suffisant pour la nourriture de son enfant, lui avait donné, par le conseil de quelques voisines, de la bouillie et de la soupe : bientôt étaient survenus des accidens, des coliques, de la diarrhée, etc. Alors on avait gorgé l'enfant d'eau de riz, de je ne sais quels sirops, et autres ordures semblables : on lui avait couvert le ventre de cataplasmes de carotte cuite, de pomme de terre crue, etc., etc. L'Auvergnate avait beaucoup de lait; je l'engageai à supprimer toute autre nourriture, et à jeter par les fenêtres tous les médicamens; j'ajoutai que, si son lait diminuait, comme une fois déjà cela était arrivé, elle y substituât simplement du lait de vache tel qu'on le vend à Paris (il est assez étendu d'eau pour qu'on ne craigne pas qu'il soit trop substantiel). Deux mois après, cette femme revint

avec un enfant gros et gras, qu'on pouvait à peine reconnaître pour celui qu'elle nous avait apporté peu auparavant.

Dans la même année, madame *Lachapelle* accoucha une dame dont l'enfant naquit faible. Quelques secours l'avaient ranimé, et sa santé était parfaite. Le troisième jour la garde, femme à routine comme presque toutes, trouvant qu'il n'évacuait pas assez, lui administra, de son chef, du sirop de chicorée composé, on ne sait à quelle dose. La diarrhée survint, et elle persista jusqu'à la mort, que rien ne put empêcher d'arriver le sixième jour après la naissance.

C'est donc le lait maternel, ou celui d'une nourrice, qui est le meilleur de tous les médicamens pour les enfans nouveau-nés; c'est donc aussi le meilleur aliment. Mais est-il indifféremment bon pour tout enfant de la part de toute nourrice? Quelques personnes semblent le croire, ou du moins attacher à cette considération peu d'importance; c'est à tort, selon moi. Je m'étonnais, dans le commencement de mes fonctions à la Maternité, de voir des enfans vigoureux, conservés pour la vaccine, dépérir et maigrir énormément dans l'espace de huit ou quinze jours. J'attribuai d'abord ce phénomène à l'influence du virus vaccin, à la fièvre, etc.; mais il me fut bientôt démontré qu'il n'y avait entre ces deux circonstances absolument aucune relation. Enfin je m'aperçus que c'était toujours dans les mêmes mains que se reproduisait le phénomène, et c'était dans celles des nourrices les plus anciennes, car il y en avait quelquefois de douze et quinze mois. La pâleur, les vomissemens alimentaires, la diarrhée, l'insomnie accompagnaient le dépérissement évidemment dû à une nourriture peu convenable. Maintenant les nourrices sont plus souvent changées, et on n'observe que très-rarement ce dépérissement chez les enfans bien constitués. Mes idées à cet égard ont été confirmées par un fait que me raconta M. *Petiau*, jeune docteur de la faculté de Paris, en visitant l'hospice des Enfans-trouvés. Il avait vu tout récemment un enfant de

six à sept jours enlevé par la diarrhée, le marasme et les convulsions; on l'avait mis entre les mains d'une nourrice accouchée depuis près d'un an. Tout cela prouve que les choses même les meilleures ne doivent être employées qu'avec discernement et avec mesure.

APHORISMI.

I.

Quicumque pueri parvi morbo sacro corripiuntur plerumquè intereunt. (Hipp., *de morbo sacro*, *cap.* 5.)

II.

Non omnes in dentibus convulsi intereunt; sed et multi sospites evadunt. (Hipp., *de dentitione.*)

III.

Circa autem duo tempora obnoxii convulsionibus reperiuntur infantes, scilicet intra primum à partu mensem; et circa dentium eruptiones. (Boneti, *Sepulchret.*, *lib.* 1, *sect.* 13, *obs.* 5.)

IV.

Plerisque infantibus brevi à partu efflorescentiæ latæ et rubicundæ morbillorum instar per totam cutem erumpunt. (*Idem*, *ibid.*)

V.

Morbus arquatus pueris non admodùm inusitatus; non omninò tamen innoxius est. (Aretæus, *lib.* 1, *cap.* 15.)

VI.

Cæterùm quod ad alendum infantem attinet, præcipuè prodest, si mater suo lacte infantem alat. (Rhodio, *de partu hominis.*)

VII.

Pueris, ut cæteris aliûs ætatis, non nisi prudenter medicatio purgans decerni debet; sed major in illis cautio est adhibenda. (Ballon., *epid. et ephem.*, *lib.* 2.)

EXPLICATION DES FIGURES.

Fig. 1.re Vice de conformation décrit à l'article péritonite. A. sac rempli de méconium. B. Cœcum et son appendice. C. Portion étranglée de l'iléon, bout inférieur. D. Circonvolution spirale de l'iléon, bout supérieur.

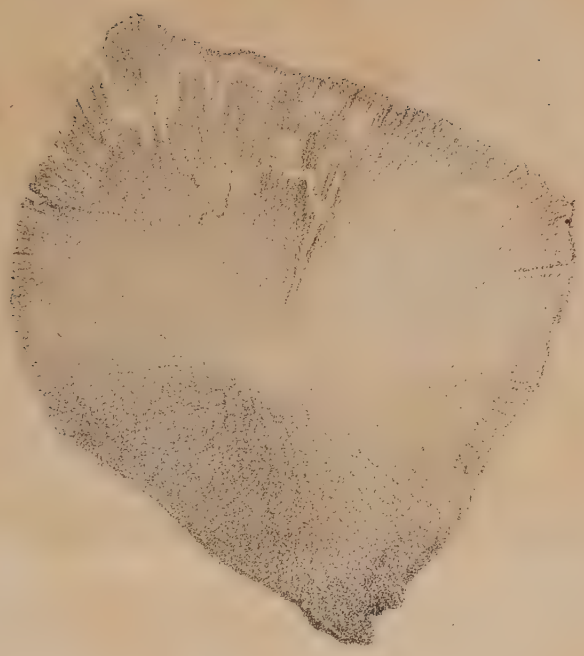
Fig. 2. Pariétal droit présentant un amincissement, et même un défaut d'ossification.

Fig. 3. Pariétal droit présentant plusieurs défauts d'ossification et une fracture en partie transversale, en partie longitudinale. L'enfant était né spontanément après un travail de neuf heures. La femme était bien faite, et accouchait pour la première fois.

Fig. 4. Tête d'un fœtus de huit mois et demi amené au moyen du forceps à travers un détroit abdominal de trois pouces moins quelques lignes (diamètre sacro-pubien). Asphyxie mortelle : fractures parallèles aux rayons osseux du pariétal droit. Le forceps avait saisi la tête du frontal droit à la région susmastoïdienne gauche.

Fig. 5. Frontal gauche fracturé par l'angle sacro-vertébral d'un bassin difforme. Accouchement par le forceps, première position du vertex. Asphyxie mortelle.

Fig. 6. Frontal gauche enfoncé presque sans fracture par l'angle sacro-vertébral d'un bassin de trois pouces un quart. Accouchement spontané, première position du vertex. Asphyxie passagère, convulsions mortelles au quatrième jour.



H111 Paris.Univ.Fac.de mèd.
P232 Thèses
1821 27491
nos.35-64

NAME	DATE DUE